



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

Funciones del profesional de Trabajo Social en Centros  
Residenciales de personas mayores

Roles of the Social Worker in Residential Centers for the  
elderly people

Autor/es

Sandra Igual Rabanete  
Patricia Sanz Pisa

Director/es

Ana Cristina López Martínez

Facultad de las Ciencias Sociales y del Trabajo  
2019

#### AGRADECIMIENTOS:

Queremos reflejar aquí nuestro agradecimiento a la tutora del presente trabajo, Ana Cristina López Martínez, por su tiempo, dedicación, colaboración, ánimos, supervisión, interés y apoyo. Pero sobre todo por la confianza mostrada.

A las profesionales de Trabajo Social de los Centros Residenciales que han colaborado y dedicado su tiempo para realizar el cuestionario. No hubiera sido posible la realización del trabajo sin sus aportaciones y conocimientos.

Y a nuestros familiares, amistades y a la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo de la Universidad de Zaragoza.

## **RESUMEN**

El gran aumento de la población envejecida es consecuencia por el incremento de la esperanza de vida, la gran caída de la fecundidad y la mejora de la calidad de vida y bienestar social. Esto implica que, la mayoría de las personas mayores pueden llegar a percibir deterioro funcional, pérdida de redes socio familiares, disminución de la autonomía y en muchas ocasiones la soledad. Por esta razón, uno de los recursos más demandados son los Centros residenciales de personas mayores, donde en ellos la figura profesional del Trabajo Social es fundamental.

Con este Trabajo de Fin de Grado se pretende conocer y profundizar las funciones del profesional de Trabajo Social Gerontológico en algunos Centros Residenciales privados, concretamente en Zaragoza, a través de un cuestionario por el cual se analizarán las respuestas y se verificarán dichas funciones. De esta manera se podrá reflexionar sobre este ámbito de intervención e implementar posibles propuestas de mejora.

## **PALABRAS CLAVE**

Centros Residencial/es, Personas Mayores, envejecimiento, vejez y Trabajo Social Gerontológico.

## **ADSTRACT**

The large increase in the ageing population is due to the increase in life expectancy, the large decline in fertility and the improvement in the quality of life and social welfare. This means that the majority of older people may perceive functional impairment, loss of social and family networks, reduced autonomy and, in many cases, loneliness. For this reason, one of the most claimed resources are the residential centres for the elderly people, where the figure of a Social Worker is crucial.

The aim of this graduate thesis (Trabajo de Fin de Grado) is to get to know and deepen the roles of the Gerontological Social Worker in some private Residential Centres, specifically in Zaragoza, by means of a questionnaire which answers will be analysed and these functions will be verified. In this way it will be possible to reflect on this area of intervention and implement possible proposals for improvement.

## **KEY WORDS**

Residential Centers, Elderly People, ageing, old age and Gerontological Social Work.

## ÍNDICE

I. PRESENTACIÓN:	1
I.1 Introducción	1
I.2 Objetivos	2
II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA-CONCEPTUAL	3
II.1 Aproximación al concepto de vejez y envejecimiento	3
II.1.1 Envejecimiento de la población en Aragón	5
II.1.2 Envejecimiento activo	8
II.2 Estigma social de las personas mayores	9
II.3 La importancia de la familia en el proceso de envejecimiento	10
II.4 Soledad en las personas mayores	11
II.4.1 Factores que inciden en la soledad de las personas mayores	13
II.5 Centros Residenciales de personas mayores	15
II.5.1 Funciones del profesional de Trabajo Social en un Centro Residencial	18
III. FUNDAMENTACIÓN LEGISLATIVA	21
IV. INVESTIGACIÓN	24
IV.1. Metodología	24
IV.1.1 Objetivos e hipótesis de la investigación	24
IV.1.2 Tipo y enfoque de investigación	25
IV.1.3 Población y muestra	25
IV.1.4 Ámbito geográfico y temporal	25
IV.1.5 Técnica e instrumento	27
VI.3. Aspectos éticos a tener en cuenta	29
VI.4. Análisis de datos:	29
V. REFLEXIONES Y PROPUESTAS	34
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
VIII. ANEXOS	41
ANEXO 1. CARTA DE PRESENTACIÓN	41
ANEXO 2. CUESTIONARIO	42
ANEXO 3. ESCALA DE SOLEDAD ESTE I	47

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Centros Residenciales Objeto de Intervención .....	26
---	----

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Pirámide de población en Aragón.....	6
Gráfico 2. Índice de envejecimiento por año en Aragón. ....	8
Gráfico 3. Coordinación en el Centro Residencial .....	30
Gráfico 4. Función de dar a conocer el Centro Residencial .....	30
Gráfico 5. Contacto con los familiares del residente .....	31
Gráfico 6. Información sobre la situación psicosocial del residente .....	32
Gráfico 7. Actividad profesional relacionada con el ámbito de intervención .....	32
Gráfico 8. Funciones para mejorar en el Trabajo Social Gerontológico .....	33

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Personas mayores en Aragón.....	5
Tabla 2. Índice de sobre envejecimiento en Aragón. Recuperado del INE (2018) .....	7
Tabla 3. Centros Residenciales según valoración social .....	23
Tabla 4. Centros Residenciales privados de Zaragoza .....	26
Tabla 5. Cronograma.....	27

## **GLOSARIO DE ABREVIATURAS**

- **INE:** Instituto Nacional de Estadística.
- **ABVD:** Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- **ACP:** Atención Centrada en la Persona.
- **IASS:** Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
- **IMSERSO:** Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **PAI:** Plan de Atención Individualizada.
- **PIA:** Programa Individual de Atención.
- **RAE:** Real Academia Española.
- **TASOC:** Técnico Superior de Animación Sociocultural.

## **I. PRESENTACIÓN:**

### **I.1 Introducción**

El presente trabajo constituye el Trabajo de Fin de Grado de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo de la Universidad de Zaragoza.

Su propósito es realizar un análisis de las funciones del profesional de Trabajo Social en algunos Centros Residenciales privados de personas mayores en Zaragoza. Así de esta forma, podrá conocer la realidad de este colectivo y ser conscientes de la importancia del profesional de Trabajo Social dentro de este ámbito de intervención.

El progresivo envejecimiento de la población conlleva a un incremento de la institucionalización de las personas mayores en Centros Residenciales. Estos centros deben adaptarse a la demanda existente atendiendo a sus necesidades físicas, psicológicas y sociales, tratando de proporcionar una atención directa para mejorar el bienestar y la calidad de vida de estas personas.

La elección de este tema se basa en el interés de conocer las funciones de Trabajo Social, como se llevan a cabo y si se realizan funciones que no son de su competencia. Una vez que se analizado, se reflexionará sobre la realidad existente e implementaran propuestas de mejora de intervención dentro de estos centros para poder llevar a cabo una mejor praxis.

La estructura del trabajo consta de varias partes. En primer lugar, se centra en la fundamentación teórico-conceptual, realizando una aproximación al concepto de vejez y envejecimiento concretando en Aragón; el envejecimiento activo; la contextualización de la soledad en las personas mayores y los factores consecuentes; la evolución hasta la actualidad de los Centros Residenciales dirigidos a este colectivo y las funciones del profesional de Trabajo Social destacando sus objetivos y funciones dentro de dichos centros.

Para ello hemos realizado una búsqueda bibliográfica analizando la literatura más importante sobre las personas mayores y sobre las funciones del Trabajo Social aportando diferentes definiciones de diversos autores para obtener una información detallada de nuestro ámbito de observación.

En segundo lugar, en base a dicho ámbito de intervención se hace referencia a la fundamentación legislativa donde se destacan algunas normativas de gran importancia.

En tercer lugar, se centra por un lado en el diseño de investigación, que está formado por el objetivo general y objetivos específicos; la población y muestra como objeto de estudio, el tiempo y lugar de investigación; y una serie de hipótesis. Y, por otro lado, se especifica la metodología que se va a utilizar para dicha investigación, destacando el enfoque y tipo de investigación; y la técnica e instrumento para conseguir información a través del cuestionario. De obtendrán y se analizarán los resultados de dicha investigación que nos permitirán un acercamiento más exacto al objeto de estudio.

Posteriormente, se realizan reflexiones en base a la información obtenida del trabajo, formado posibles propuestas del papel del profesional de Trabajo Social. Por último, se muestran las referencias bibliográficas y los anexos.

## I.2 Objetivos

El objetivo general es conocer y profundizar las funciones del profesional de Trabajo Social, concretamente en Centros Residenciales de personas mayores, y realizar un análisis sobre las funciones de este profesional a través de un cuestionario.

En relación a los objetivos específicos destacamos los siguientes:

- Reflexionar sobre conceptos relacionados con el proceso de envejecimiento,
- Percibir qué factores inciden en la soledad de las personas mayores,
- Conocer la importancia del apoyo familiar en las personas mayores,
- Comprender la evolución de los Centros Residenciales de personas mayores, y la eficacia de las funciones del profesional de Trabajo Social Gerontológico en ellos.



## **II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA-CONCEPTUAL**

### **II.1 Aproximación al concepto de vejez y envejecimiento**

Es de especial relevancia, ante de hablar de vejez, elaborar un análisis antropológico de la situación sociodemográfica en España durante el siglo XX y la importancia de transición demográfica desde antigüedad hasta la actualidad.

El envejecimiento es considerado un efecto inesperado de la transición demográfica. Con los conocimientos adquiridos gracias a la asignatura de Salud, Dependencia y Vulnerabilidad Social, según Macionis (2011), la transición demográfica es un proceso de transformación amplio que cambia en el tiempo y espacio. Actualmente se encuentra en una transición epidemiológica y sanitaria en España, donde se da un sobre envejecimiento. Esto desencadena en un aumento de esperanza de vida de más de 80 años que se caracteriza por la disminución de las enfermedades crónicas y degenerativas, descenso de número de nacimientos y un aumento de longevidad (Del Rincón, M. 2016).

La transición demográfica española es tardía en relación a la de Europa en su conjunto. El envejecimiento demográfico durante los primeros tres cuartos del siglo XX se ha llevado de manera lenta por los ritmos de cambio en la estructura, a esto se le debe añadir dos fenómenos del *Babyboom*<sup>1</sup> español originado en los años sesenta. El primero tiene que ver con el aumento de nupcialidad, por lo que la fecundidad de tales generaciones fue alta lo que originó la recuperación de la fecundidad en esos años. La otra peculiaridad está relacionada con descenso de la mortalidad infantil coincidiendo con los años del *babyboom*. Eso llevó a un gran aumento del número de niños a causa de generalización de la maternidad y la supervivencia de los hijos. Por lo que el envejecimiento demográfico parecía un problema ajeno en esa época. Es por esto por lo que el ritmo de la población de la edad media ha aumentado considerablemente (Pérez, J. 2001).

Para comenzar, tras ver que hay distintas maneras de definir este colectivo, se concreta que lo más adecuado es denominarlo personas mayores.

Las personas mayores, son un colectivo heterogéneo y diverso que, pese a una serie de circunstancias, presentan situaciones y necesidades diferenciadas que han de ser atendidas. Es decir, diferentes grados de dependencia y/o autonomía personal, grados de cobertura de prestaciones sociales, formas de convivencia, composición de los hogares que pueda posibilitar el cuidado en ellos, etcétera. Es necesario explicar algunos conceptos básicos que permitan introducir el tema de estudio y una mejor comprensión hacia el objeto de esta investigación.

Uno de estos conceptos es la vejez, Martín y Bravo (2007), consideran que es un resultado inevitable del proceso vital o proceso de envejecimiento. Puede ser abordado desde una dimensión individual, que trata del envejecimiento de personas desde un enfoque biológico, psicológico y sociocultural; y desde una dimensión colectiva en referencia al envejecimiento poblacional y sus consecuencias económicas y sociales (Acero et al. 2007).

---

<sup>1</sup> Gran aumento de la natalidad en un país o región en un período de tiempo determinado.

Siguiendo a Guerrini (2010), destaca que la vejez es una etapa del curso de la vida de las personas, una fase natural, dinámica y evolutiva. En ella se dan modificaciones morfológicas, funcionales, psíquicas y sociales que pueden conllevar a una situación de dependencia.

La sociedad moderna tiende a definir la vejez en términos de edad cronológica, es decir, el hecho de cumplir 65 años o edad de retiro del mundo laboral. Tradicionalmente se define como el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos (Acero et al. 2007).

Este grupo de edad es el ejemplo de la revolución de la longevidad que está cambiando la estructura de la sociedad e introduciendo una percepción nueva de la vida y la muerte. (Moreno, A. 2010). En la teoría del desarrollo, la vejez es la última etapa que se asocia a la disminución de las capacidades físicas, mentales y al aumento de riesgo de sufrir enfermedades que, aunque en muchos casos no causen la muerte, conducen a la fragilidad a la incapacidad funcional y la dependencia (Acera, M. 2015)

Según Luesia y Morel (2018)<sup>2</sup> la vejez es entendida como “la última etapa del ciclo de la vida donde se aprecia el resultado de todas las experiencias, transformaciones y aprendizajes vividos en las etapas anteriores, y donde alcanza su máxima expresión en relación con el mundo”. En esta etapa se hacen más evidentes los síntomas del envejecimiento. Una de las consecuencias de este fenómeno denominado vejez, es el proceso de envejecimiento. Según Fernández (2004) lo define como un proceso dentro del cual se encuentra la vejez. Todo ser humano nace y vive envejecido, hasta el fallecimiento. Comprender el proceso desde una perspectiva integral requiere situar la vejez en el ciclo vital y desarrollo humano. La vejez es “un estado en la vida y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital”.

Existen diferentes teorías y enfoques que intentan explicar el proceso del envejecimiento (biológico, psicológico, social, demográfico, socioeconómico, familiar...), que nos conducen a comprender la complejidad del proceso. Es necesario tener en cuenta que no sólo se incluyen aspectos físicos, sino que también es importante comprender el contexto donde una persona se desarrolla a lo largo de su vida, las problemáticas y necesidades tanto individuales como sociales, además de los intereses y los proyectos de vida encaminados al desarrollo humano durante su ciclo vital (Luesia, F y Morel, M. 2018).

Según Castanedo y et al (2007), el envejecimiento es definido como el conjunto de transformaciones y/o cambios bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos (Luesia, F. y Morel, M. 2018). Existen diferentes tipos de envejecimiento según Marín (2003). Por un lado, el envejecimiento físico, que son aquellos cambios que se producen en los órganos de las personas que conllevan consecuencias a nivel funcional. Por ejemplo, los órganos de los sentidos, el aspecto físico, la capacidad psicomotriz etc. Por otro lado, el envejecimiento social, se refiere a la modificación de roles tanto individuales como sociales a los que la persona mayor debe adaptarse. Por ejemplo, cuando comienzas la jubilación, pérdida de amistades, cambio de domicilio etc. Por último, el envejecimiento psicológico, hace referencia a los cambios en las características psicológicas de las personas, donde normalmente la referencia principal es el pasado y suele aparecer una resistencia al cambio. El objetivo principal de todas las personas de avanzada edad es alcanzar un envejecimiento en las mejores condiciones posibles, lo que da lugar al concepto de vejez con éxito. Para hablar de vejez con éxito debemos analizar diferentes aspectos, como: una vida larga, salud física y mental, eficacia cognitiva,

---

<sup>2</sup> Estrategia de Atención y Protección social Estrategia de atención y protección social para las personas mayores en Aragón.

competencia social y productividad, control personal y satisfacción vital; es en estos aspectos desde donde el Trabajo Social puede actuar (Filardo, C. 2012).

### II.1.1 Envejecimiento de la población en Aragón

Según la OMS (2019), el envejecimiento poblacional se debe al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, lo que implica que la proporción de personas mayores de 60 años está incrementando en mayor medida, más que otros grupos de edades en casi todos los países.

Se puede considerar como uno de los más grandes triunfos en las políticas de salud pública y el desarrollo económico, pero a su vez, también uno de sus mayores desafíos para la mejora de la salud y de la calidad de vida de las personas mayores.

Por lo tanto, debido a estos cambios demográficos en los que disminuye las tasas de mortalidad y de natalidad, la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Según la OMS (2019), “para 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015”. Por ello actualmente la sociedad se enfrenta al desafío de ofrecer oportunidades a las personas que se encuentran en la vejez.

En la siguiente tabla 1, se muestran las personas mayores en Aragón clasificadas por edades, sexos y ambos, donde se destaca una suma total de 280.365 personas tanto mujeres como hombres, 177.201 (63'20%) tiene entre 60 y 80 años, mientras que el resto 103.164 (36'8%) tienen una edad superior a 80 años. En cuanto al sexo el predominante en la vejez es el femenino, ya que supone un 13,18% más que de hombres.

Tabla 1. Personas mayores en Aragón

	PERSONAS MAYORES EN ARAGON		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
65-69	69.187	33.286	35.901
70-74	61.728	28.815	32.913
75-79	46.286	20.522	25.764
80-84	49.599	20.469	29.130
85-89	33.978	12.692	21.286
90-94	15.329	4.935	10.394
95-99	3.716	854	2.862
100 y más	542	111	431
	280.365	121.684	158.681

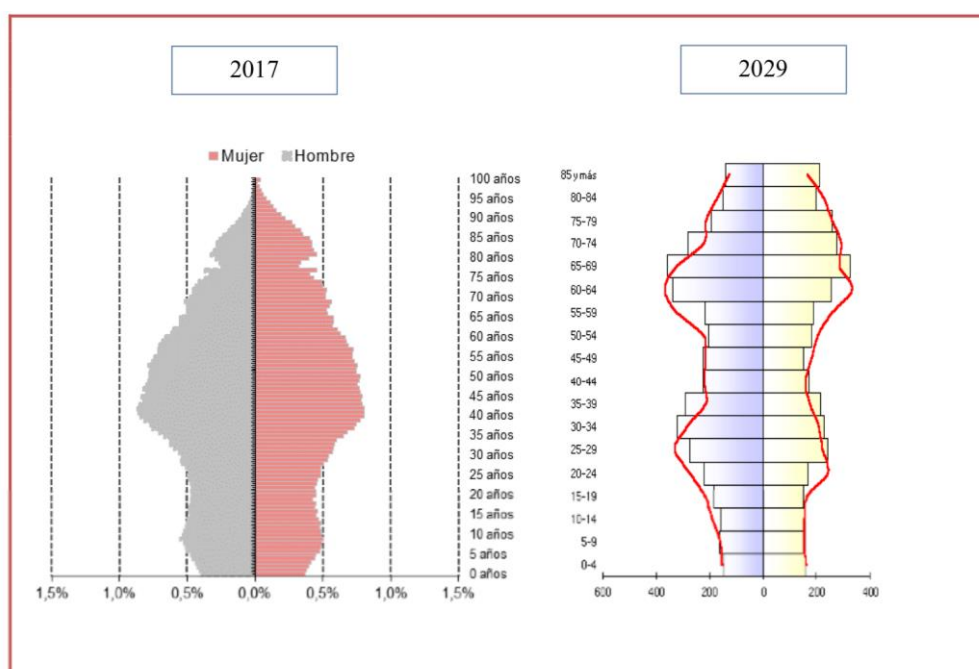
Fuente: Recuperado de “Estrategia de atención y protección social para las personas mayores en Aragón”, (2018).

En el siguiente gráfico 1 se puede observar a la izquierda la pirámide de población de 2017, en ella se aprecia un déficit de nacimientos en las edades que ahora comprenden los 75 a 80 años. Sin embargo, en la siguiente década se representa un crecimiento de nacimientos en las edades que ahora oscilan entre los 40 y 60 años.

Por otro lado, en la pirámide de la derecha del año 2019 se observa que habrá un incremento en las personas mayores de hasta un 17%.

Según Lueisa y More (2018), en 2024 tendrá lugar el fenómeno de la llegada a la jubilación de la generación denominada del *babyboom*, nacida entre 1958 y 1977. Es entonces cuando se ejercerá la mayor presión sobre los sistemas de protección social que seguirá aumentando hasta el 2050, donde se prevé un aumento de la población mayor que puede duplicar a la actual”.

Gráfico 1 Pirámide de población en Aragón.



Fuente: Estrategia de atención y protección social para las personas mayores en Aragón (2018)

En la siguiente tabla 2, se refleja la población de Aragón en 2018 donde se observa el índice de envejecimiento, índice de sobre envejecimiento, índice de ancianidad tanto de Aragón como de las provincias de Zaragoza, Huesca y Teruel, en ella también se destaca la tasa global de Dependencia.

En Zaragoza, se observa que el índice de envejecimiento es superior al índice de envejecimiento de Huesca e inferior al de Teruel respecto a población. Destacando que la cifra de envejecimiento es superior a otros índices, podemos concluir que cada año aumenta la tasa de envejecimiento.

Tabla 2. Índice de sobre envejecimiento en Aragón. Recuperado del INE (2018)

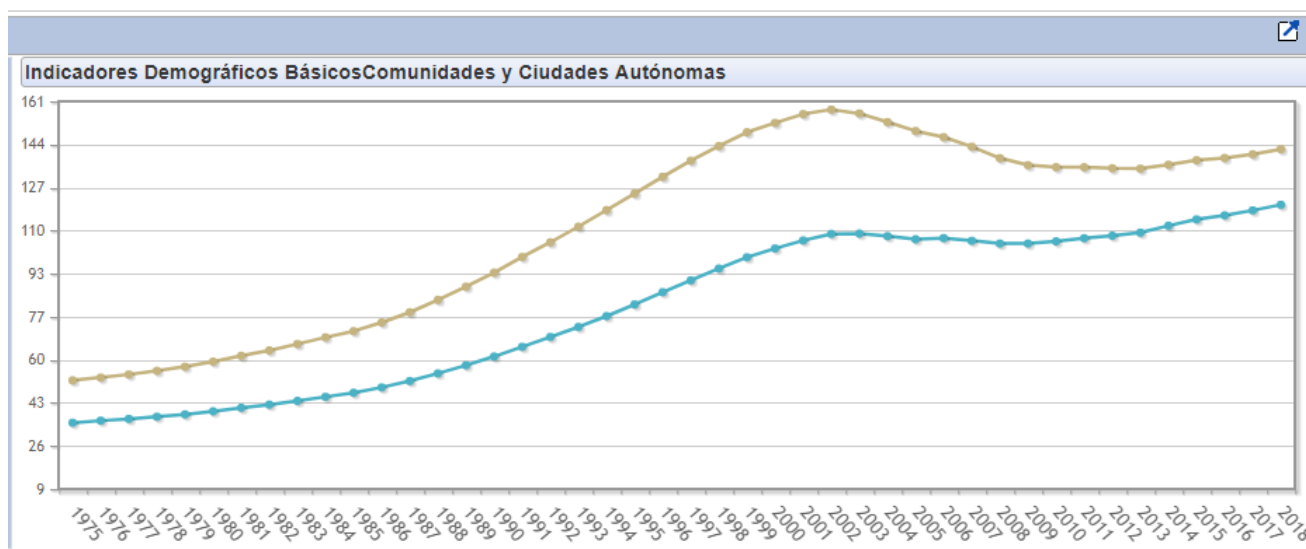
Año:	2018			
	Aragón	22	44	50
		Huesca	Teruel	Zaragoza
% de población de 0 a 19 años	18,7	18,1	17,4	19,0
% de población de 20 a 64 años	59,7	59,5	58,5	60,0
% de población de 65 y más años	21,6	22,4	24,1	21,1
% de población menor de 15	14,1	13,6	13,0	14,4
% de población menor de 25	23,3	22,7	22,2	23,6
% de población menor de 35	34,2	33,4	33,1	34,5
% de población menor de 45	49,7	48,5	46,9	50,3
Edad media de la población	44,7	45,4	46,4	44,3
Índice de envejecimiento	115,9	124,2	138,2	111,2
Índice de juventud	65,2	60,4	53,9	68,2
Índice de sobre envejecimiento	19,5	21,7	24,0	18,3
Índice de ancianidad	33,3	33,0	34,5	33,1
Tasa global de dependencia	55,6	56,2	58,8	55,0
Índice estructura de población activa total	71,6	70,6	71,5	71,8
Índice reemplazamiento edad activa total	60,0	57,7	58,4	60,8

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2018)

El siguiente gráfico 2 perteneciente al INE nos muestra el índice de envejecimiento de Aragón y la media del total de todas las Comunidades Autónomas pertenecientes a España desde el año 1975 hasta el 2018.

En este gráfico podemos observar claramente como se ha incrementado la tasa de envejecimiento en Aragón. Cabe destacar un aumento del envejecimiento continuo a lo largo de los años, sobre todo en el 2002. Entre los años 2003 y 2013 puede haber un descenso en menor medida, que a partir de 2014 ya comienza a ascender hasta el día de hoy.

Gráfico 2 Índice de envejecimiento por año en Aragón.



Fuente: INE (2018). Índice de Envejecimiento por Comunidad Autónoma. Indicadores de Estructura Poblacional.

Durante la segunda mitad del siglo XX y comienzos del XXI en Aragón van sucediendo diferentes transformaciones demográficas como consecuencia de alteraciones de la estructura demográfica aragonesa. Estos cambios repercuten en el grado de envejecimientos, sobre todo en las áreas más rurales donde la población joven es mucho menor que la población anciana lo que repercute en la pervivencia de los municipios menos poblados.

Aragón es una de las Comunidades Autónomas que más grado tiene de sobre envejecimiento, caracterizada principalmente por tres factores: “la ampliación de la edad de la esperanza de vida debida a un incremento en la calidad de los servicios sanitarios, el descenso de las tasas de fecundidad y natalidad y los movimientos migratorios que han llevado a la población aragonesa a residir en otras comunidades o países” (Llorente, J.M., Zúñiga, M., Magallón, R., y Pueyo, A. 2014).

### II.1.2 Envejecimiento activo

El aumento de población, unido a la disminución de natalidad en los países desarrollados y en algunos en vías de desarrollo, son responsables del incremento acelerado de la población mayor de 65 años.

Por esta razón se destaca el envejecimiento activo, el cual se define como el aumento de la esperanza de vida, que se ha fomentado principalmente por la prevención y disminución de las enfermedades infecciosas, la mortalidad infantil y perinatal. Asimismo, el desarrollo de programas de promoción de salud y el aumento de estudios acerca de los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, mellitus o la cardiopatía isquémica, además del incuestionable impacto de la inserción de la mujer en todas las esferas de la sociedad, han influido sustancialmente en la reducción del número de nacimientos (Reyes, I. y Castillo, J. 2011).

Según la Estrategia de atención y protección social para las personas mayores en Aragón (2018) uno de los programas recogidos en el Catálogo de Servicios Sociales, es el de envejecimiento activo. Esta apuesta por un programa de mejora de calidad de vida de las personas mayores trabajando a un nivel

preventivo para mantener la autonomía y la independencia a medida que las personas envejecen. Este se fundamenta en los principios de: procurar el bienestar de las personas, carácter preventivo de las actuaciones, intergeneracional, basado en el reconocimiento de los derechos, participativo y empoderado, y respeto a la diversidad cultural.

Según la OMS (2002) define envejecimiento activo como “el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El envejecimiento activo permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y se centra en las personas mayores y en la importancia de dar una imagen pública positiva de este colectivo”.

Los factores de riesgo modificables como el tabaquismo, sedentarismo, malnutrición o falta de acceso a los servicios de salud contribuyen en el deterioro global asociado al envejecimiento influyendo negativamente en la calidad de vida de las personas mayores.

En España, la proporción de personas mayores crece más rápidamente que el resto de los grupos de edad. Con vistas al futuro, se calcula que incrementa la esperanza de vida, lo que supone que en 2030 la esperanza de vida en mujeres alcance los 87 años y en el caso del hombre 81 años. Por este motivo, la sociedad se debe centrar en conseguir que las personas jubiladas y las personas con elevada edad tengan una buena calidad de vida (Giró, J. 2006).

Reyes y Castillo (2011), refieren que esto generaría un envejecimiento activo y saludable, lo que se entiende como el proceso de optimización de las oportunidades para la salud, la participación y la seguridad y así incrementar la calidad de vida de las personas de edad. Cabe destacar que el entorno físico y social en que se desenvuelven las personas mayores tiene gran importancia. Ya que la accesibilidad al entorno facilita en gran medida el desenvolvimiento cotidiano de la persona mayor, favoreciendo su integración social en el medio e incrementando la participación social. En definitiva, es esencial porque favorece el desarrollo personal mejorando la calidad de vida y el bienestar social de las personas mayores.

## II.2 Estigma social de las personas mayores

A lo largo de la historia se han manifestado diferentes prejuicios y opiniones sobre la vejez. Estas opiniones han llevado consigo varios estereotipos tanto positivos como negativos sobre diversos ámbitos de la realidad y circunstancias tanto personales, sociales, físicos, mentales, conductuales y afectivas.

“Los estereotipos son falsas concepciones que actúan a modo de clichés en el acercamiento a un fenómeno, grupo social u objeto. Son inexactos y generalmente despectivos, y pueden favorecer la aparición de conductas discriminatorias” (Carbajo, M.C. 2009).

Según Cuddy, Norton y Fiske (2005) definen los estereotipos como “imágenes simplificadas sobre un determinado grupo social, y están vinculados y son considerados la base del prejuicio y la discriminación hacia ese grupo”. La mayoría de las veces se usa para hacer referencia a imágenes negativas que suponen creencias falsas en torno al grupo social al que se refieren (Luesia, F. y Morel, M. 2018).

En los países desarrollados la imagen de las personas mayores presenta características negativas, tanto físicas y sociales. De forma positiva se muestran como personas sabias, repletas de experiencias, de alto estatus social y de un digno respeto. De forma negativa, Matras (1990) lo refiere como “físicamente

disminuido, mentalmente deficitario, económicamente dependiente, socialmente aislado y con una disminución del estatus social. Estas visiones representan mitos y prejuicios que dificultan el envejecer bien y limitan una adecuada integración del adulto mayor en la sociedad” (Carbajo, M.C. 2009).

Los estereotipos y expectativas negativas pueden provocar modificaciones en nuestras conductas cuando interactuamos con miembros de grupos discriminados, en este caso con las personas mayores, afectando directa e indirectamente a los pensamientos, sentimientos y conductas. Major y O’Brien (2005), destaca que la activación automática de conductas a partir de estereotipos se refiere a la capacidad de los estereotipos culturalmente dominantes capaces de modificar las conductas discriminatorias acorde con los estereotipos (Smith, V., Moreno, M., Kirschman, D., Acuña, M., y Viquez, S. 2010).

Los estereotipos más comunes según Sánchez (2004), son los relacionados con la fragilidad y dependencia, esto repercute en las personas mayores que si son capaces de realizar ABVD de forma independiente con autonomía y que a pesar de la variedad de enfermedades crónicas que puedan presentar refieren un estado de bienestar satisfactorio. Estas personas son percibidas con deterioro cognitivo propio del envejecimiento, con escasos recursos económicos, familiares y sociales e incapaces de adaptarse a los cambios, exceptuando en los casos de las personas con estabilidad emocional, fortaleza psicológica y de personalidad que derivada a una buena adaptación y flexibilidad (Luesia, F. y Morel, M. 2018).

Por otro lado, cabe destacar un concepto relacionado con lo anterior como es el edadismo. La OMS (2019) lo define como “la discriminación por motivos de edad que abarca los estereotipos y la discriminación contra personas o grupos de personas debido a su edad. Puede tomar muchas formas, como actitudes prejuiciosas, prácticas discriminatorias o políticas y prácticas institucionales que perpetúan estas creencias estereotipadas”.

Una de las consecuencias del edadismo, es que las personas mayores aceptan y se comportan acorde a esta imagen, que se caracteriza por lo que una persona mayor debe o no debe hacer. Cuando este colectivo se infravalora en capacidades físicas y mentales, influyen varios factores que favorecen a índices de depresión, una mayor discapacidad y peor bienestar social. Una de las posibles soluciones para disminuir el edadismo tiene que ver con producir cambios tales como los medios de comunicación, la cultura popular, instituciones, gobierno, entre otros. Para ello, resulta necesario realizar políticas de intervención dirigidos a reducir el impacto de las ideas y actitudes edadistas insertadas en la sociedad a través de programas de intervención dirigidos a estos fines (Bárcena, C., Iglesia, J.A., Galán, M.I., y Abella, V. 2009).

### II.3 La importancia de la familia en el proceso de envejecimiento

La familia es una de las principales fuentes de apoyo para las personas mayores, así como en todas las etapas del proceso vital. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), en el artículo 16.3, define la familia como “el elemento natural y fundamental de la sociedad, y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”.

Conceptualizando a la familia esta se define como un grupo cuyos integrantes varían en sexo y edad, cada una establece sus propias normas y valores que en base a ellos regulan una serie de comportamientos y conductas. El medio familiar proporciona vínculos afectivos, emocionales y relacionales imprescindibles para mantener o mejorar el bienestar social y evitar el deterioro de los individuos. Mantener estos vínculos familiares disminuyen la vulnerabilidad de la persona mayor frente a factores perjudiciales y estresantes, influyen positivamente y refuerzan los aspectos saludables y emocionales (Barandiaran, E. 2014).



Según Gallo y Molina (2015), en apoyo proporcionado por el entorno familiar hace referencia a la feminización de los cuidados, donde la principal cuidadora no profesional es mujer. Este apoyo se ha visto afectado por la incorporación de la mujer al mundo laboral.

Siguiendo a Gaymu (2008) y Pérez (1999), refieren que ante al incremento de personas mayores y los cambios de estructura familiar a lo largo de las décadas modifican la forma de apoyo informal dirigida a este colectivo. Por esta razón, existe gran probabilidad de experimentar pérdidas sociales lo que conlleva a una alteración en la red de apoyo social del individuo, y a su vez un deterioro de su calidad de vida (Molero, M.M., Pérez, M.C., Gázquez, J.J., y Sclavo, E. 2011). Gran parte de las personas nacen y mueren en un contexto familiar, aunque con la llegada de la vejez y debido al proceso de envejecimiento la persona mayor no puede permanecer en su domicilio por su situación o el entorno familiar no puede proporcionarle el apoyo necesario o atender las necesidades básicas de esta. Por esta razón, se derivan a servicios y prestaciones públicas o privadas que puedan cubrir estas necesidades. Uno de los servicios más demandados son los Centros Residenciales para personas mayores (Molero, M.M., Pérez, M.C., Gázquez, J.J., y Sclavo, E. 2011).

Sin embargo, es necesario destacar que la afirmación popular de que todas las personas de edad avanzada terminan en un Centro Residencial es uno de los estereotipos más frecuentes en la etapa de la vejez.

En cuanto a la institucionalización, es un proceso difícil para la familia en su conjunto donde la decisión del ingreso en ocasiones recae sobre ésta. También influye en la persona mayor realizando así un proceso de adaptación en la institución, donde la familia puede generar sentimientos de culpa y efectos emocionales, unido a su vez al cambio de cuidado y una reorganización dentro de la vida social de la familia y de la persona mayor institucionalizada. Siguiendo a Pérez (2005) cuando la persona mayor institucionalizada no percibe una atención suficiente por parte de familiares puede experimentar sensaciones de pérdida de rol en el núcleo familiar. Estos cambios, acciones y dificultades sociales que acompañan al envejecimiento, pueden derivar a la soledad, en algunos casos aislamiento en el entorno y posibilidad de padecer ansiedad, depresión entre otros. Desde el centro residencial hay diferentes modos de contacto con la familia (vía telefónica, visitas de los familiares en los Centros Residenciales y salidas del residente al domicilio familiar, esto hace que el residente tenga mayor vínculo con el exterior aumentando así su motivación y actitud positiva. Hay que tener en cuenta que los problemas familiares que afectan al residente pueden influir en su bienestar, autonomía y estabilidad emocional (Molero, M.M., Pérez, M.C., Gázquez, J.J., y Sclavo, E. 2011).

Según Acero (1994), hay diversas investigaciones sobre la importancia de la familia para las personas mayores en la propia comunidad, pero sin embargo muy escasa información sobre las familias de las personas mayores que viven en medios residenciales (Barandiaran, E. 2014).

## **II.4 Soledad en las personas mayores**

La soledad es un concepto amplio que abarca muchos factores. Según la RAE (2018), es “la carencia voluntaria o involuntaria de compañía”. Por un lado, se define involuntaria cuando por distintas razones como el fallecimiento de un ser querido, la persona se encuentra sola; y, por otro lado, voluntaria cuando la propia persona es quien decide estar sola. Por ellos es necesario distinguir entre soledad objetiva/elegida, donde la persona mayor decide voluntariamente vivir sola o realizar actividades en soledad, sin embargo, la soledad subjetiva/no elegida aparece como sentimiento negativo asociado a la

falta de relaciones sociales y apoyo emocional. Este sentimiento de soledad es el que repercute en la manera de percibir a la persona sus relaciones, su calidad de vida y su autoestima (Rodríguez, 2000).

La OMS (2015) advierte que la soledad es uno de los problemas que amenaza la salud mental de las personas mayores y propone promocionar la salud de esta a través de programas sanitarios y sociales dirigidos específicamente a poblaciones vulnerables, como el caso de las personas mayores que viven solas, para poder prevenir situaciones de aislamiento social o soledad.

A nivel Autonómico, una de las medidas que está implantando El Justicia de Aragón, Ángel Blanco, es una mesa de trabajo sobre la soledad no elegida de nuestros mayores. Todo ello se recoge a través de un Libro Blanco sobre los mayores en soledad no elegida. El objetivo es debatir hasta 9 propuestas de actuación y crear grupos de trabajo específicos que profundicen en cada una de estas propuestas (Campo, S. 2019)

A nivel Nacional, en noviembre del 2018 se celebró en Madrid un foro internacional sobre la soledad, la salud y los cuidados. “Una apuesta del Gobierno Municipal que ubica en el centro de las decisiones políticas, la sostenibilidad de la vida, situando como elemento de análisis la vida cotidiana de las personas”. Y apuesta también por el trabajo y la perspectiva de cuidados como un aspecto fundamental de las condiciones de vida de la población, desplazando el objetivo social, de la obtención de beneficio, al cuidado de la vida (Salud Madrid, 2018).

Por otro lado, Bermejo (2005), destaca que la soledad es “una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros, carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional”.

Bermejo (2010), refiere la existencia del Síndrome de la Soledad, defendido por diferentes autores y entendido como “un estado psicológico que sucede a consecuencia de pérdidas en el sistema de soporte individual, disminución de la participación de las actividades dentro de la sociedad a la que pertenece y sensación de fracaso en su vida” (Díez, J. y Morenos, M. 2015).

Una de las definiciones más actuales es la de Torres et al (2012), la soledad como “proceso dinámico y complejo que abarca tanto el ámbito privado como público”. La vejez es una de las etapas donde se experimenta fácilmente. Donde las personas mayores pueden atravesar una situación insatisfactoria de enfrentamiento a la soledad por diferentes motivos como puede ser el duelo, la jubilación, la separación del núcleo conyugal, la pérdida de redes socio familiares, la pérdida de capacidades, en muchas ocasiones la pérdida de salud etc.

Todos los autores coinciden en dar un sentimiento negativo a la soledad, señalando que es un estado que les hace sentirse mal, relacionándolo con la deficiencia en sus relaciones sociales y con la vivencia subjetiva e individual de la misma. Así pues, el fenómeno de la soledad, lejos de ser algo sencillo, “comprende desde emociones hasta procesos cognitivos, incluye a la persona y a la comunidad, engloba variables intrapersonales y culturales, se ve influenciada por los comportamientos, y se relaciona con fragilidad y vulnerabilidad”. Por lo que estas cuestiones son un desafío en nuestra sociedad y suponen una complejidad (Yanguas, J. J., Cilveti, A., Hernández, S., Pinazo, S., Roig, S., y Segura, C. 2018).

Como ya hemos destacado anteriormente la soledad es un concepto multidimensional que desglosa diversos factores. Según Rubio (2009), existen diversas escalas para evaluar la soledad. Destacando la escala UCLA, la escala SESLA y la escala ESLI.

1. Escala UCLA, se usa para la medición global del sentimiento de soledad como estructura unidimensional, está compuesta por dos factores: “Intimidad con otros” y “Sociabilidad”.
2. Escala SELSA, es una escala de medida multidimensional de la soledad formada por tres subescalas: subescala romántica, subescala de relaciones con la familia y subescala de relaciones con los amigos.
3. Escala ESLI, formada por dos subescalas, la escala de soledad emocional y la escala de soledad Social, estas son semejantes a los factores de la escala UCLA.

Seguendo a Yárnoz (2008), a nivel nacional, existen escalas para medir la soledad, una de ellas es la Escala ESTE<sup>3</sup> creada en 1999 y posteriormente revisada en el 2009 diseñada para medir la soledad en personas mayores con el principal objetivo de evaluar los déficits existentes en el soporte social del sujeto y la otra es la adaptación al castellano de la escala SELSA (Rubio, R. 2009).

Por último, citando a Pinel, M. Rubio, L y Rubio, R (S/f), describen que esta escala Este II está compuesta por 15 ítems con tres alternativas de respuesta:

Siempre, A veces y Nunca. Se divide en tres factores:

- Factor 1: Percepción del apoyo social.
- Factor 2: Uso que el mayor hace de las nuevas tecnologías.
- Factor 3: Índice de participación social.

#### **II.4.1 Factores que inciden en la soledad de las personas mayores**

Son varios factores los que intervienen y causan de forma significativa el sentimiento de soledad en las personas mayores. Siguiendo a Gallo y Molina (2015), son los siguientes:

1. La red social, es uno de los factores con mayor importancia en la soledad, donde las relaciones y el apoyo social tienen efecto beneficioso sobre la salud. Cabe destacar que las personas mayores que participan en actividades sociales tienen menor riesgo de dependencia en el futuro y, además, adquieren mayor capacidad funcional para el desarrollo de ABVD.

2. En cuanto a la familia suelen ser los principales cuidadores este colectivo cuando no pueden valerse por sí mismos, aparte de ser un gran apoyo para estos. En muchas ocasiones las personas mayores conviven con su entorno familiar más cercano. Sin embargo, se produce un cambio social donde la persona mayor prefiere continuar viviendo en su hogar. Por esta razón, necesitan medidas de actuación dirigidas a familias y a los cuidadores para asegurar sus cuidados y faciliten la integración social mediante la creación de espacios sociales.

3. La desvinculación social según Iglesias (2001), en algunos casos es debido a la pérdida de redes sociales. Existen varias causas, las cuales son las siguientes:

En primer lugar, según la jubilación como una nueva etapa dentro del ciclo vital la vejez, tiene tanto matices positivos como negativos. El proceso de dispersión y pérdida de contacto con el entorno laboral del que se ha rodeado, el estado de salud en el que se encuentra, las posiciones económicas tanto de la persona mayor como de la unidad familiar resulta un factor cada vez más decisivo para la consecución de

---

<sup>3</sup> Ver en Anexo 3

una jubilación satisfactoria. La aparición de la soledad resulta más frecuente en comparación de otros casos que han podido disfrutar de una jubilación planificada. Si la decisión ha sido voluntaria y más aún si además ha sido pretendida, el proceso de adaptación será mucho más positivo y satisfactorio que si viene impuesta y resulta indeseada. En definitiva, durante la jubilación las personas mayores están expuestas a la pérdida de capacidades; pérdida de roles y caída de estatus; a la desorganización de la vida; y a problemas de asimilación y adaptación.

En segundo lugar, la viudedad, ya que es el estado civil en el que se hallan las personas cuando se jubilan, resulta ser un factor decisivo en el desarrollo de sus vidas. En ella se destaca el riesgo de aumento del aislamiento social y el empeoramiento de salud. La soledad conyugal se padece por la pérdida del núcleo más importante en su entorno sociofamiliar. En relación al género se destaca gran dependencia cuando desaparece uno de los cónyuges. En el caso de los hombres es visible en algunas actividades de la vida diaria, y para las mujeres la viudedad, suele tener consecuencias económicas para ellas misma, para la sociedad y para el sistema de Seguridad Social.

3. Cada vez existe más demanda de soluciones sociosanitarias a sus problemas de salud tanto como por la propia familia como por la persona mayor. Además, muchas de las personas mayores les resulta difícil identificar los servicios que existen y su funcionamiento, y en ocasiones les cuesta reconocer que necesitan apoyo. Siguiendo a Gallo y Molina (2015), destacan la existencia y accesibilidad de servicios sociosanitarios que se consideran uno de los determinantes de la salud. Hasta la total aplicación de la Ley de Dependencia, las personas mayores y sus familias consideran que envejecer con calidad de vida, viene de la mano de la adquisición de servicios sociosanitarios. Según la Ley 39/2006 de 14 de diciembre en el Art 2.2 la dependencia se define como:

“El estado de carácter permanente, en el que se encuentran las personas que, por razones derivadas de edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, mental o intelectual, precisan ayudas importantes de otras u otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria o en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental de otros apoyos para su autonomía personal”.

4. Las estrategias de adaptación frente a los cambios que se producen en el ciclo vital son parte del éxito del envejecimiento. La autonomía durante el envejecimiento está influida por factores subjetivos como el equilibrio entre retos y habilidades, la actitud personal y el hecho de disponer o no recursos.

5. Cabe nombrar la medicalización de la dependencia puede resultar costoso para el sistema sanitario y además no resuelve problemas de quien no puede valerse por sí mismo, ya que la solución está dentro del individuo no de la sociedad.

6. La discapacidad puede ser causa de la dependencia. Egea y Sarabia (2001), refieren que la discapacidad “es la objetivación de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características (edad, género...)”. Las personas con discapacidad tienen limitaciones funcionales, cognitivas o emocionales para el funcionamiento, participación en el medio en el que se desarrolla y para desempeñar determinadas actividades en contextos y entornos sociales determinados. Cabe nombrar que no todas personas con discapacidad necesitan ayuda para desenvolverse en la vida diaria.

Por lo que se puede concluir que, la existencia de los servicios de apoyo para las personas mayores en la comunidad reduce las hospitalizaciones y aumenta las mejoras en el estado de salud, como son los Centros Residenciales de personas mayores.

## II.5 Centros Residenciales de personas mayores

El modelo tradicional de los Centros Residenciales, Según Merino (2014), atendía como un asilo. Es decir, un lugar de acogimiento para aquellas personas mayores que no tenían familiares que pudieran ocuparse de ellos, y su vez, tampoco tenían recursos para conseguir una atención digna de otro tipo. Esta función la cumplieron establecimientos asistenciales de antiguo origen como las Casas de Misericordia y la han seguido cumpliendo los centros llamados Hermanas de las personas mayores.

La Seguridad Social en los años 70 comienza a llevar a cabo los programas de atención residencial, donde el objetivo era similar al anterior. Se entendía que accedían personas jubiladas que tenían una pensión baja y se encontraban en una situación precaria, pero no personas con dificultades físicas, psíquicas y en situación de dependencia. Al darse cuenta de que los problemas económicos van unidos a los problemas de salud cambió la perspectiva de los Centros Residenciales, espacio dirigido para personas con incapacidades personales (Guillén, E. 1994).

Como se ha destacado anteriormente, la mayor parte de la población mayor prefiere seguir viviendo en su hogar, ya que es su principal contexto para la socialización, ocio y cuidado. La integración en otros hogares suele deberse al reagrupamiento familiar o situación de dependencia.

Actualmente, la configuración de los Centros Residenciales ha sido modificada gracias a los nuevos cambios e innovaciones en los modelos de intervención. Según Rodríguez (1999), considera a la residencia como un centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención sociosanitaria multiprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia. Define los Centros Residenciales de personas mayores como:

“Una institución (en ocasiones administrada como centro gerontológico, también llamada Residencia geriátrica o permanente, en ocasiones como casa particular con o sin servicios médicos adicionales) en el que viven temporal o permanentemente personas mayores en la mayoría de los casos con determinado grado de dependencia. En las residencias se ofrecen servicios de desarrollo personal y atención socio sanitaria. En los casos en los que incluye servicios gerontológicos, se trata de un equipo de profesionales adecuados con formación gerontológica específica, con formación en diferentes especialidades” (Acero et al, 2007).

Según establece IMSERSO (2015), los Centros Residenciales, son:

“Establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente, con servicios y programas de intervención adecuados a las necesidades de las personas objeto de atención, dirigida a la consecución de una mejor calidad de vida y a la promoción de su autonomía personal. El Servicio de atención residencial ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados, de carácter personal y sanitario, unos de carácter básico, como alojamiento, manutención, asistencia en las actividades básicas de la vida diaria, y atención social y sanitaria, otros especializados, de prevención, asesoramiento y orientación para la promoción de la autonomía, atención social, habilitación o atención asistencial y personal, atención médica, psicológica, de enfermería, terapia ocupacional y

rehabilitación funcional. La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o períodos de descanso de los cuidadores no profesionales”.

Otra de las definiciones sobre la Atención residencial, siguiendo al Catálogo de Servicios Sociales de Aragón (2011), se define como un centro diseñado para ofrecer una atención continuada durante 24h, con presencia física de las personas que disponga de la cualificación exigida. Además, deberá contar con las instalaciones necesarias para ofrecer todos los servicios propios de una alternativa al domicilio particular, así como todos los medios necesarios para desempeñar correctamente los contenidos, tanto de naturaleza hostelera como asistencial y técnica, propios de las prestaciones de servicios a las que se destine.

En cuanto a los modelos de intervención usados en los Centros Residenciales de personas mayores por los profesionales de Trabajo Social, se destaca el modelo Tradicional. Aunque actualmente cada vez se apuesta más por un modelo de Atención Centrada en la Persona. Este modelo pretende que cada persona (incluyendo a quienes tienen afectada/mermada su autonomía) tomen un papel de agente central y activo, donde el objetivo no es solo individualizar la atención sino también empoderar a la persona, ofreciendo apoyos para que pueda seguir gestionando su vida y tomar decisiones (IASS. 2015).

Surge en los años 70 como un movimiento de reivindicación de los derechos de la persona con discapacidad, con el propósito de la defensa, autodeterminación y visibilizarían de las capacidades de este grupo social, procurando instrumentos y procedimientos que permitan conseguir dichos objetivos.

El modelo de ACP como un conjunto de principios o enunciados que orientan la atención “dispensada desde distintos niveles: organización, servicios o profesionales”. Entre estos principios figuran “el reconocimiento de cada persona como ser singular y valioso, el necesario conocimiento de las biografías, la apuesta porque las personas mayores, aun precisando cuidados puedan tomar decisiones sobre su atención y controlar su vida cotidiana, o la importancia del entorno para empoderar a las personas proporcionando los apoyos que lo permita” (Martínez, T. 2013).

Según IASS (2015), la ACP se sustenta en varias asunciones básicas:

“Ninguna persona es igual a otra, y, por tanto, la atención individualizada debe ser el valor Central de los servicios que prestan apoyo a las personas. La persona es el centro del proceso de planificación, que parte de sus derechos y el foco se sitúa en sus capacidades, en sus preferencias y en las elecciones de las propias personas. Los apoyos que se precisan para ellos cobran la máxima importancia. La interdependencia del sujeto con su red social próxima. El círculo de apoyo, compuesto por la familia, los amigos y los cuidadores profesionales esenciales en el proceso vital de la persona con deterioro cognitivo o discapacidad intelectual, tiene un papel clave en el ejercicio de la autodeterminación. En estos casos será necesario crear un grupo de apoyo a la medida de cada persona, formado por miembros de su red natural y profesionales de apoyo, entre los que exista una persona que se responsabilice de todo el proceso de planificación individual de la atención”.

Siguiendo al IASS (2019), destaca que los Centros Residenciales van dirigidos a las personas mayores en situación de dependencia en los grados II y III, dispondrán de este recurso cuando no sea posible su permanencia en el domicilio habitual. El centro se convierte en el domicilio del residente y proporciona una atención continuada y especializada.

Por otro lado, la manera de acceder a los Centros Residenciales puede ser de dos formas, la primera de forma privada y la segunda con el reconocimiento de un grado de dependencia efectivo II y III, y para quienes la atención residencial se considere un recurso idóneo en el correspondiente al PIA. Al servicio pueden incorporarse el cónyuge, pareja estable en situación de dependencia o aquellas que tengan relación de parentesco con el dependiente, ya sea consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, convivan o dependan económicamente de ella, y no tenga otros recursos sociales más adecuados a sus necesidades. A partir del 10 de junio de 2016, el coste se calcula sobre la renta per cápita por la que se regula el régimen de acceso y plazas de servicio de estancia diurna asistencial, ocupacional y alojamiento, ofertadas por el Gobierno de Aragón.

Con los conocimientos adquiridos gracias a la asignatura de Trabajo social con colectivos en situación de dependencia, según López (2018), refiere que la atención residencial es un servicio para el alojamiento temporal o permanente que ofrece una atención continuada y especializada, con el fin de mejorar la autonomía personal y la calidad de vida de dicha persona. Los servicios que ofrece son alojamiento, alimentación, cuidados personales y la atención médica y de enfermería de los problemas de salud, para mejorar la promoción de la salud y prevenir la dependencia). Otros servicios complementarios que ofrecen dichos centros son la atención social “Trabajo Social”, psicológica, actividades de ocio, culturales y formativas, servicio de terapia ocupacional, fisioterapia, podología, peluquería etc. Cabe destacar que no todos los Centros Residenciales tienen todos estos servicios complementarios.

Por otro lado, es relevante nombrar algunas fundaciones que llevan la ACP en sus Centros Residenciales. En concreto, la Fundación Matías desarrollan este modelo basado en la investigación, el conocimiento y la experiencia de los profesionales. Además, “la atención se presta en base a la Valoración Integral Individualizada y el diseño del Plan de Atención y Vida, estudiando y valorando sus gustos, habilidades, historia de vida y actividades de la vida cotidiana que puedan satisfacer y mantenerles activos y participativos” (Matia Fundazioa. 2019).

### II.5.1 Funciones del profesional de Trabajo Social en un Centro Residencial

El principal objetivo de la intervención gerontológica es conocer y transformar la realidad de la persona mayor, contribuyendo con otros profesionales para conseguir el bienestar colectivo, entendido como un sistema global de acciones que, respondiendo al conjunto de aspiraciones sociales, aumenta el desarrollo del bienestar humano en los procesos de cambio social tanto individuales como familiares.

Según Piña (2013) la gerontología:

“Analiza el proceso de envejecimiento en todas sus dimensiones: biológica, psíquica, económica, política y social. Trata del estudio de la vejez desde una perspectiva interdisciplinaria, donde el eje lo constituye el enfoque gerontológico que aporta las herramientas necesarias y suficientes para responder a las demandas de los adultos mayores”.

Centrándonos en las funciones del profesional de Trabajo Social Gerontológico, siguiendo a Martín y Bravo (2007) refieren que dicho profesional realiza la valoración de la demanda y diseña una intervención en función de las necesidades existentes y de los recursos. Se dividen en 3 bloques de intervención, los cuales son:

En primer lugar, atendiendo a su carácter:

- Función preventiva: detección precoz y prevención de los problemas sociales que dificultan la integración social de las personas mayores.
- Función promocional: desarrollo de las capacidades para prevenir o paliar su problemática social, fomentando su participación.
- Función asistencial: aumento de la capacidad y promoción de la utilización de recursos para satisfacer sus necesidades sociales.
- Función rehabilitadora: rehabilitación y reinserción social de aquellas personas que han sufrido algún tipo de disminución física, psíquica o social.
- Función informativa: información sobre derechos y recursos sociales, así como asesoramiento ante las demandas planteadas.

En segundo lugar, atendiendo a la práctica profesional. Dentro de las funciones que tiene dicho profesional, en el Centro Residencial deben de cumplir como mínimo las siguientes:

- Proporcionar información general del centro y facilitar los trámites de solicitud de ingreso.
- Realizar atención social individualizada a los residentes, proporcionar información, asesoramiento y orientación sobre sus derechos.
- Hacer trámites administrativos y gestiones burocráticas que se precisen durante la estancia.
- Profesional de contacto con los familiares del residente, promover las relaciones entre familiares-residente, atender la demanda de los familiares, llevar control de visitas e intervenir en los conflictos familia-residente-residencia que puedan surgir además de los que surjan entre los residentes a través de la mediación y resolución de conflictos.
- Llevar a cabo la gestión de lista de espera y del procedimiento de ingreso de residentes.
- Informar sobre las características socioeconómicas y familiares de los solicitantes, cuando se requiera por la comisión de admisión que debe existir en el centro y participar como miembros de dicha comisión.



- Valorar la ubicación del residente en el centro, es decir, planta, habitación y compañero asignar, si se requiere, junto al equipo interprofesional.
- Coordinación entre el equipo interprofesional del centro, aportando los conocimientos necesarios.

En tercer lugar, según los diferentes tipos de niveles de intervención, los cuales son a nivel Individual, familiar, grupal, institucional y comunitario.

En cuanto a nivel individual, es un proceso en el cual se tiene en cuenta al propio residente. Se realiza un estudio de valoración social, es decir, los datos personales, identificación de problemas y necesidades, así como los recursos disponibles etcétera. Las funciones más destacables que realiza el profesional de Trabajo Social son, entre otras, la entrevista de preingreso e ingreso, recibir al nuevo residente, analizar la situación social a través instrumentos de recogida de información, determinación su ubicación en el centro, fomentar la adaptación, aceptación, las relaciones interpersonales con la participación en diferentes programas y actividades etc.

A nivel familiar, se centra en informar y atender a los familiares sobre la situación y los cambios de estado del residente, en caso de que se hayan dado, favorecer en la relación entre los familiares-residente y realizar intervención y prevención en caso de conflicto. Por ejemplo, fomentar la participación de las familias en la vida residencial, realización de entrevistas de forma continuada. A nivel grupal, se pretende implicar a los residentes del centro en la participación de actividades en distintas áreas como culturales, artísticas, recreativas, de debate, autoayuda, etc. Los objetivos de la creación de estos grupos es favorecer la integración, aumentar la participación en sus procesos de cambio, y tratar problemas mediante la convivencia grupal.

A nivel institucional, se destaca la colaboración y coordinación con los distintos profesionales del centro, participando semanalmente en reuniones de equipo, comisiones y comités existentes. Así como facilitar a los distintos departamentos del centro aquella información sobre aspectos sociales de los mayores. A nivel comunitario, es relevante que exista comunicación y de coordinación con diferentes servicios tanto de ámbito público como privado. Con el fin de facilitar la integración del residente en la comunidad, además de contar con recursos comunitarios y que el centro residencial se implique con jornadas de puertas abiertas y participación en actividades normalizadas del municipio.

Es decir, es fundamental velar por la calidad de los servicios ofertados, así como impulsar la creación de apoyos para los familiares que se ocupan del cuidado de las personas mayores dependientes en particular (Acero et al. 2007).

Según Fernández (2007), el desarrollo de las funciones y objetivos del trabajo social con personas mayores se utiliza el Método Básico de Intervención del Trabajo Social, es el siguiente:

En primer lugar, el conocimiento de la realidad social, en el que se define el estudio/investigación de la realidad social, problemas, necesidades, conflictos y recursos.

Todos los datos se recogerán en la historia, ficha e informe social y otros instrumentos del trabajo social, incorporándose al Expediente del usuario, de manera que la información esté disponible y accesible para las consultas que sea necesario realizar.

Este instrumento permite facilita una valoración social de las necesidades de la persona mayor y un diagnóstico de estos. La escala tiene en cuenta los siguientes ítems: sexo, edad, nivel de estudios, estado civil, familia, relaciones, ayuda, previsiones de futuro, economía, vivienda, malos tratos y ocio y tiempo libre. En segundo lugar, el diagnóstico, valoración e interpretación de datos: en el que se interpreta la realidad social en base a la información recogida. Cuando se lleva a cabo el diagnóstico, posteriormente se establece las necesidades y problemas que se detectan. En tercer lugar, se lleva a cabo la planificación/programación, estrategia de acción profesional donde se determinan los niveles de actuación y sus núcleos, seguidamente de los y los criterios de evaluación. Por último, la ejecución es la fase donde se llevan a cabo las actividades y el seguimiento. En esta fase se tiene que tener en cuenta los objetivos y recursos. Por último, la evaluación se debe llevar a cabo durante la intervención con el objetivo de comprobar tanto la eficiencia con la eficacia entre los recursos, necesidades atendidas y técnicas aplicadas (Acero et al. 2007).

### III. FUNDAMENTACIÓN LEGISLATIVA

En relación a este ámbito de intervención es relevante enmarcarlo según al marco legal y normativo a nivel europeo, Estatal en España y a nivel Autonómico en Aragón.

A nivel europeo, en el año 1982, la Asamblea General convocó la Primera Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Llamado Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento, tiene como finalidad llevar a cabo acciones en materia de salud y nutrición, protección de los consumidores de mayor edad, vivienda, familia, bienestar social, seguridad de ingresos etc.

Seguidamente en el año 1991, la Asamblea General incluyó los Principios de Naciones Unidas a favor de personas de tercera edad sobre la independencia, la participación, los cuidados, la autorrealización y la dignidad de las personas de edad avanzada.

La Segunda Asamblea sobre el Envejecimiento se celebró en 2002 en Madrid. En ella se destaca la inclusión de la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento de Madrid. Con el fin de diseñar una política internacional sobre envejecimiento, con el objetivo de un mayor aprovechamiento de las capacidades de las personas mayores.

A nivel nacional, una de las leyes relevantes relacionadas con las personas mayores es la Ley General de la Seguridad Social de 1980. Fue la primera ley que ofreció prestaciones a trabajadores que se habían quedado con algún tipo de incapacitación y a consecuencia de esto no podían trabajar más. En este mismo año se crea el IMSERSO, entidad que surge para la gestión de las prestaciones de la seguridad, ya sea por invalidez o por jubilación, de personas contributivas o no contributivas y también en situación de dependencia.

A nivel Estatal, la Constitución Española de 1978 se destaca el derecho que garantiza la protección a las personas mayores dependientes, según el art. 50 refiere:

“Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos de a tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.

La atención a las situaciones de dependencia se ubica desde una perspectiva competencial en la materia asistencia social. Compete, por tanto, a las Comunidades Autónomas con carácter exclusivo conforme al art 148.1.20 el cual refiere “las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos”.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, también conocida como ley de dependencia, es sin duda una de las más importantes cuando hablamos de Dependencia. En ella se establece una serie de artículos por los que se garantizan los derechos de las personas en situación de dependencia. Es decir, un conjunto de servicios y prestaciones destinadas a la protección y atenciones a las personas mediante servicios públicos y privados concertados acreditados.

Tiene como objetivo regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la

Autonomía y Atención a la Dependencia, con colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimos común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio español (art.1.1 de la Ley)

En cuanto a los principios de la Ley se destacan los siguientes:

1. Carácter público de las prestaciones.
2. La universalidad en el acceso en condiciones de igualdad y no discriminación.
3. Calidad, accesibilidad y sostenibilidad del sistema.
4. El sistema se configura como una red de utilización pública que integra de forma.
5. coordinada, centros y servicios públicos y privados.

Dicha Ley define Dependencia como:

“El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

Según la situación de dependencia se clasifica en los diferentes grados:

1. Grado I, dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
2. Grado II, dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
3. Grado III, gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Actualmente, se ha modificado la anterior Ley, y se ha implantado la ORDEN CDS/456/2019, de 17 de abril, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia de las personas y el acceso a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia de la Comunidad Autónoma de Aragón.

A nivel autonómico es relevante señalar el DECRETO 111/1992, de 26 de mayo, de la Diputación General de Aragón, donde se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados.

En este se establece que las residencias de personas mayores son un centro de Servicios Sociales con internamiento, constituyen una alternativa al hogar familiar, ya sea de manera permanente o temporal, para aquellas personas que por cualquier circunstancia no pueden permanecer en él. Para beneficiarse de ellas deben presentar una serie de características las cuales son:

- Las personas deben ser mayores de 65 años o también pueden ser mayores de 50 siendo pensionistas.

- Deben disponer como mínimo de 4 plazas o menos si existiera alguna unidad de empresa con algún otro centro de este tipo
- Deben de tener los servicios de alojamiento, alimentación, y satisfacción de otras necesidades fundamentales del anciano.

Dentro de los Centros Residenciales existen diferentes tipos:

Tabla 3. Centros Residenciales según valoración social

Clasificación de Centro Residencial según valoración social	Dirigido	Unidades	Condiciones mínimas específicas
<b>Válidos</b>	Personas mayores que pueden hacer ABVD, pero no pueden permanecer en su domicilio por alguna circunstancia.	Las integradas se centran en la gestión residencial, enfermería, estancia de día, servicios higiénicos, y eliminación de basuras; las integradas o concertadas en la cocina lavandería, mantenimiento y mortuorio; y las complementarias en las que se destaca la rehabilitación educativa y/o terapéutica.	Una barandilla de apoyo de forma continua a 0,90 metros del suelo, en pasillos y zonas de paso. Estas zonas de paso deben tener una anchura determinada para facilitar la circulación y además deben disponer de ascensor si la altura del edificio es de más de 7 m.
<b>Mixtos</b>	Personas mayores que mayoritariamente pueden valerse por sí mismas, pero que están dotados de una unidad para la atención de personas con discapacidad física o psíquica.	El personal destinado al cuidado de personas con discapacidad esta capacitado para el ejercer esta función y garantizar tanto el cuidado de salud como la vigilancia médica de los procesos patológicos existentes. Presenta las mismas unidades que para válidos.	Barandilla de apoyo de forma continua a 0,90 metros del suelo en pasillos y zonas de paso. Estas zonas de paso deberán permitir la circulación de una silla de ruedas, estas no serán de anchura inferior a 0,72 m y además no habrá obstáculos aislados que disminuyan la misma. El acceso desde el nivel de la calle a todas las dependencias destinadas a residentes que precisan ayuda para deambular, debe ser mediante rampa o ascensores y carecer de barreras arquitectónicas.
<b>Asistidos</b>	Personas mayores con discapacidad física o psíquica que requieren de cuidados ordinarios, atención de enfermería y vigilancia médica.	Las tareas de cuidado y atención personal son llevadas a cabo por personal cualificado, así como la vigilancia médica, el tratamiento y el control de las personas que lo requieran.	Las unidades que lo componen son las mismas que para la residencia de ancianos válidos, pero sustituyendo la unidad residencial, por la unidad residencial asistida. Esta centro debe de disponer de unas condiciones mínimas específicas iguales que a la Mixta.

Fuente: Adaptado del DECRETO 111/1992, de 26 de mayo, de la Diputación General de Aragón.

## **IV. INVESTIGACIÓN**

### **IV.1. Metodología**

Se trata de un estudio de investigación dirigido a verificar si algunas de las funciones del profesional de Trabajo Social se llevan a cabo en varios Centro Residenciales de personas mayores de ámbito privado de Zaragoza.

Teniendo en cuenta la naturaleza del objeto de estudio y los objetivos planteados, donde el uso de una metodología cuantitativa es la más adecuada para llevarla a cabo. El instrumento más preciso para recoger información es el cuestionario con el objetivo de dar respuesta a las cuestiones planteadas sobre las funciones del profesional de Trabajo social. Cabe destacar que la metodología de la investigación facilita un conjunto de herramientas tanto teóricas como prácticas para realizan un análisis del objeto de estudio.

#### **IV.1.1 Objetivos e hipótesis de la investigación**

El objetivo general de la investigación es verificar si las funciones de Trabajo Social descritas en el cuestionario se llevan a cabo en varios Centros Residenciales de personas mayores en el ámbito privado de Zaragoza.

En cuanto a los objetivos específicos mencionamos los siguientes:

- Analizar las funciones del Trabajo Social gerontológico, planteando la importancia de dicha profesión dentro de este ámbito de actuación.
- Elaborar una investigación cuantitativa mediante un cuestionario.

En relación a las hipótesis, destacamos las siguientes:

1. El profesional de Trabajo Social considera que existe coordinación con el equipo interprofesional del Centro Residencial de personas mayores.
2. Una de las funciones de este profesional es dar a conocer el centro de forma comercial y publicitaria.
3. El profesional mantiene el contacto con los familiares periódicamente e informa sobre la evolución psicosocial del residente.

#### **IV.1.2 Tipo y enfoque de investigación**

En cuanto a la clasificación de la investigación, es descriptiva. Es decir, se enmarca en una metodología no experimental y consiste en conocer las situaciones, costumbres y actitudes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas.

Su objetivo no se limita solo en la recolección de datos, sino en la predicción e identificación de las relaciones que hay entre dos o más variables.

En relación al enfoque de investigación, es cuantitativo. Dicho enfoque convierte el objeto de estudio en datos numéricos para delimitar aspectos concretos. Ya que las muestras son amplias y representativas, y los datos se analizan cuantitativamente.

Los métodos de investigación se aplican para alcanzar, por una parte, los objetivos planteados y, por otra parte, demostrar o refutar las hipótesis establecidas previamente antes de recoger información y analizar los datos.

#### **IV.1.3 Población y muestra**

En la investigación en cuanto a la población universo, nos referimos a individuos, instituciones... que poseen las mismas características en relación al objeto de estudio. En este caso, son los profesionales de Trabajo Social. Dentro de esta población universo la muestra son dichos profesionales de los Centros Residenciales de personas mayores del ámbito privado de Zaragoza.

En cuanto al elemento muestral, son los Trabajadores/as Sociales de los Centros Residenciales seleccionados. Dicho muestreo es probabilístico, ya que se ha seleccionado de una forma aleatoria simple. Una vez determinados los resultados de la muestra de forma adecuada, se generalizan dichos resultados de la que se ha extraído la muestra.

#### **IV.1.4 Ámbito geográfico y temporal**

En cuanto al ámbito geográfico, los Centros Residenciales de personas mayores seleccionados han sido escogidos aleatoriamente entre todos los existentes de la población de Zaragoza. Nos hemos basado en dos criterios:

1. Debe ser un centro Residencial de ámbito privado.
2. Debe ser un Centro Residencial con el profesional de Trabajo Social.

A continuación, en la tabla 4 se presencia la elaboración de un estudio previo de todas los Centros Residenciales privadas de Zaragoza que se han seleccionado aleatoriamente. En ella se muestran los servicios que ofrece cada uno de estos centros.

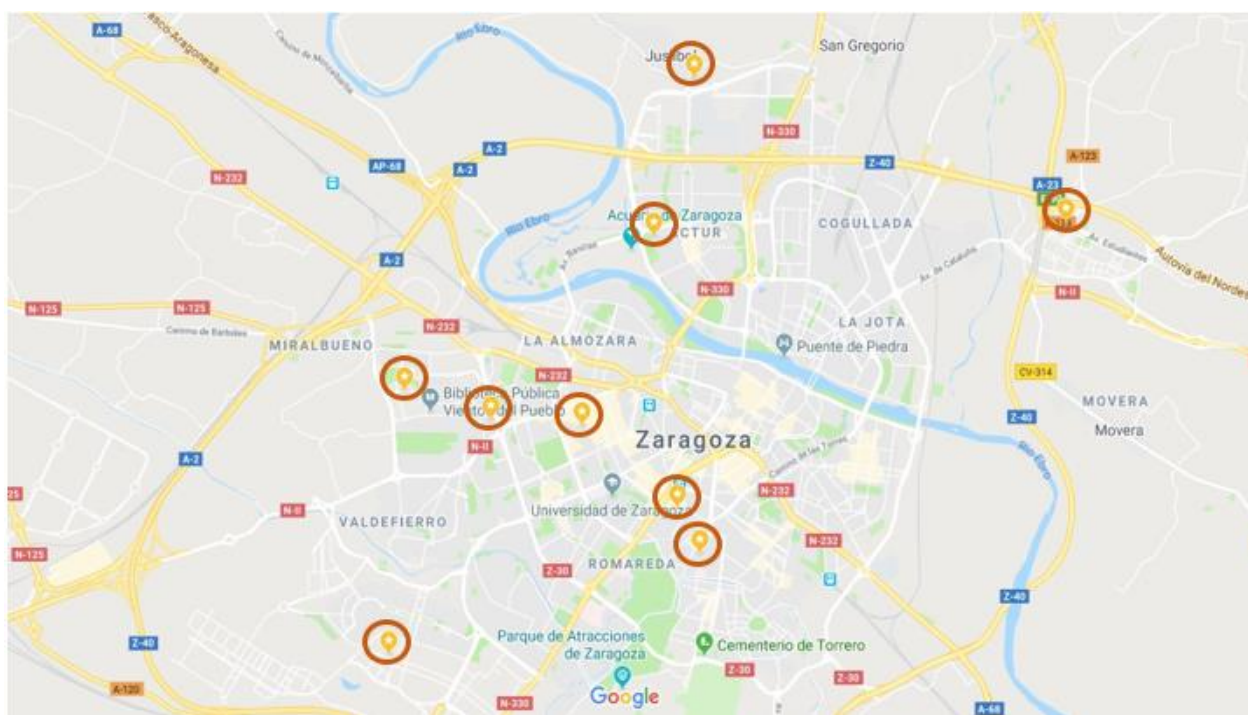
Tabla 4. Centros Residenciales privados de Zaragoza

Centros Residenciales Privados Zaragoza	Plazas concertadas	Servicio Médico	Fisioterapia	Terapia Ocupacional	Trabajo Social	Peluquería	Servicio Religioso	Animación sociocultural	Gimnasia
1	X	X	X	X	X		X	X	X
2	X	X	X		X				
3	No responde	X	X	X	X		X		
4	X	X	X	X	X		X	X	
5	X	X			X				X
6	X	X	X	X	X	X	X		X
7	No responde	X		X	X		X		
8	No responde	X	X		X	X		X	X
9	No responde	X	X	X	X	X	X	X	X
10	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	X	X	X	X	X	X	X		

Fuente: Elaboración propia

Una vez realizado el estudio de cada uno de los centros seleccionados, se establece geográficamente en un mapa los centros para se visualice en que parte de la ciudad se encuentran cada uno de ellos y así poder presenciar en qué distrito se encuentra dentro de Zaragoza.

Ilustración 1. Centros Residenciales Objeto de Intervención



Fuente: Elaboración propia



En cuanto al ámbito temporal, la investigación se enmarca en un espacio temporal que se refleja en el presente cronograma:

Tabla 5. Cronograma

	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Objetivos e hipótesis de estudio					
Tipo y enfoque de investigación					
Delimitar población y muestra					
Ámbito geográfico y temporal					
Técnicas de recopilación de información					
Aspectos éticos					
Guion inicial del cuestionario					
Formato y diseño del cuestionario					
Contenido de las preguntas					
Organización de secciones y preguntas					
Contacto con los Centro Residenciales y envío del cuestionario					
Recolección de datos					
Análisis de estudio					

Fuente: Elaboración propia

#### IV.1.5 Técnica e instrumento

El instrumento utilizado para esta investigación ha sido la elaboración de un cuestionario a través Formulario de Google. Es un método de recogida de datos más idóneo para la obtención de información que va dirigido a unos destinatarios concretos con el fin de recoger la información objeto de la investigación.

Una vez elaborado el cuestionario, Ana cristina López, tutora de este Trabajo Fin de Grado, facilitó los correos electrónicos de cada profesional de Trabajo Social de los Centros Residenciales privados seleccionados. Una vez obtenidos los correos, se contactó con ellos y se informó sobre dicha investigación preguntando si querían ser partícipes de esta a través de una carta de presentación<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Ver en Anexo 1

Posteriormente, se envió el cuestionario para que su realización en un intervalo de tiempo.

El Formulario de Google te permite obtener los datos de una forma sistemática y organizada todos los datos por preguntas, además que se presentan en gráficos y/o tablas con el fin de analizar los datos obtenidos.

El cuestionario está dividido en siete secciones diferenciadas por varios temas a tratar. En la primera sección, trata de preguntas de identificación y preguntas sencillas referidas al empleo relacionado con Trabajo Social Residencial. En la segunda sección, se llevan a cabo preguntas atendiendo a la práctica profesional, referidas funciones establecidas que deben ser utilizadas en la propia residencia por el profesional. En la siguiente sección, se cuestionan preguntas de intervención a nivel institucional referida a la coordinación de los profesionales en el centro residencial. La cuarta sección, aborda la intervención a nivel comunitario, respondiendo a la existente o no coordinación con entidades externas al centro residencial. En la quinta sección se pregunta la intervención a nivel individual que existe con el residente y el centro residencial. La siguiente sección va referida a la intervención existente a nivel familiar y su coordinación con la familia. Seguidamente en la sección ocho se cuestionan preguntas sobre la intervención a nivel grupal en las residencias concretando actividades y planificación de estas entre otros.

Por último, se deja una serie de preguntas a nivel personal donde el profesional entrevistado puede dar su punto de vista de los temas que se proponen y a modo de conclusión se deja una pregunta voluntaria sobre la profesión y otro en temas relacionados con la participación del cuestionario y su anonimato.

Dentro de cada sección dicho cuestionario consta de diferentes preguntas. Por un lado, se han expuesto preguntas semicerradas<sup>5</sup>, que ofrecen una serie de opciones de respuestas cerradas y una de ellas abierta. (Por ejemplo, las preguntas 4, 5, 6 entre otras).

Por otro lado, se han elaborado preguntas cerradas<sup>6</sup>, donde el entrevistado selecciona una o varias respuestas, estas ofrecen al participante la posibilidad de escoger entre las diferentes propuestas. Dentro de las preguntas cerradas encontramos distintos tipos:

- Las preguntas de control o identificación sirven para registrar variables de identificación de los entrevistados y suelen aparecer al principio del cuestionario (Por ejemplo: 1, 2, 3, 4, 5...).
- Las preguntas dicotómicas, predominan en el cuestionario, son aquellas que sus respuestas tienen un “SI,” “NO” y “NS/NC” o también la variable de sexo “Hombre”, “Mujer” o “Prefiero no decirlo” (Por ejemplo, de algunas preguntas 1, 2, 3, 7, 8, 9, 11, 19, 20, 21, 22 y 24).
- Las preguntas categorizadoras generan datos claros y fáciles de analizar con una lista fija de opciones de respuesta que facilita al participante el completar la encuesta. (Por ejemplo: 4, 5, 15 y 23).
- Las preguntas categorizadas con opción múltiple, analizar con una lista fija de opciones con múltiples opciones de respuestas (Por ejemplo: 6 y 10).
- Las preguntas cuantitativas con respuesta de tipo escala numérica ofrecen una serie de respuestas ordenadas dentro de una escala de mayor a menor, pero en categorías numéricas como variable de ejemplo expuesta se refleja la escala Likert. (Por ejemplo, pregunta 18)

<sup>5</sup> Ver en Anexo 2

<sup>6</sup> Ver en Anexo 2

- Las preguntas filtro evitan que contesten aquellas personas a quienes no va dirigida la pregunta, es decir solo se contestan si has contestado previamente a la pregunta relacionada (Por ejemplo, en el cuestionario 8b, 11b, 21b y 22b).
- Las preguntas de opinión buscan conocer el criterio de los entrevistados acerca de algún asunto en concreto, en este caso las preguntas 22 y 23 del cuestionario registra la opinión del entrevistado sobre la mejora de las funciones del profesional de Trabajo Social.

### **VI.3. Aspectos éticos a tener en cuenta**

Según el Código Deontológico de Trabajo Social (2012), la ética profesional es un aspecto fundamental para el desarrollo de esta. En dicha investigación se han usado los siguientes conceptos éticos:

- Respeto a la intimidad y a la dignidad de la persona.
- Participación voluntaria y consentimiento informado. Todos los participantes han sido conscientes e informados de la utilidad de la información.
- Sin daño a los participantes, participar en este estudio no ha dañado las capacidades ni el desenvolvimiento cotidiano de las personas mayores.
- Garantizar el anonimato y confidencialidad. El estudio es totalmente anónimo, sin posibilidad de identificar las respuestas con ningún usuario.

### **VI.4. Análisis de datos:**

Una vez aplicado el método de investigación para conocer y observar la realidad social que se quiere investigar se ha obtenido una serie de datos a través de un cuestionario, el cual es la técnica de análisis usada, como ya hemos nombrado anteriormente. De los trece Centros Residenciales privados de Zaragoza que seleccionados aleatoriamente solo se obtuvieron respuestas de 9 de estos centros. A continuación, para una mejor comprensión e interpretación de datos, se lleva a cabo un análisis en relación con cada una de las hipótesis que se han planteado previamente.

En cuanto a la primera hipótesis, haciendo referencia a que “el profesional de Trabajo Social considera que existe coordinación con el equipo interprofesional del Centro Residencial de personas mayores”. En el gráfico número 3, se presencia que existe un 100% de coordinación con el equipo interprofesional de estos centros. Para dicha coordinación el 77,8% se reúne todas las semanas, el 11,1% una vez al mes y el 11,1% especifica que “una vez al mes reunión multidisciplinar y una reunión con servicio que se supervisa diariamente”.

Gráfico 3. Coordinación en el Centro Residencial



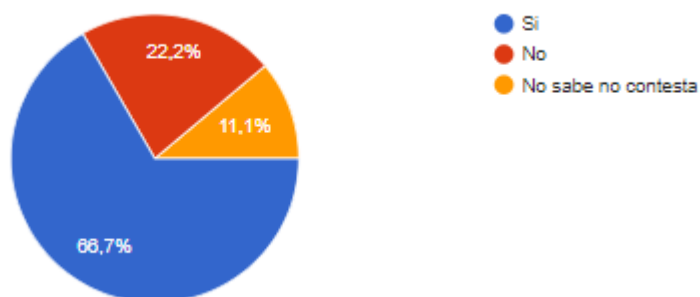
Fuente: Elaboración propia

A nivel institucional contrastando la hipótesis planteada, verificamos que existe una buena coordinación interprofesional en todos Centros Residenciales, y además se llevan a cabo reuniones semanales.

La segunda hipótesis tratada, como “que una de las funciones de este profesional es dar a conocer el centro de forma comercial y publicitaria”. En el gráfico 4 un 66,7% ha tenido que dar a conocer el Centro Residencial, un 22,2% no y un 11,1% no sabe no contesta. Cabe destacar, que un 55,6% considera que es una de las funciones propias del profesional de Trabajo Social en un Centro Residencial, un 22,2% no, un 22,2% no sabe no contesta. Una de las encuestadas pertenecientes al 56,6% especifica que:

“Es súper importante que sea un trabajador social (o cualquier miembro de del equipo multidisciplinar) el que enseñe la residencia. No solo es enseñar, es dar sentido a lo que se va a hacer después con el usuario. Al ser un centro privado evidentemente existe el hándicap de la venta de plazas, pero un agente comercial no tiene la destreza/ formación para entender la demanda de una persona dependiente y se limitaría a dar precios y ofrecer servicios. Me parece imprescindible que la persona que te atiende te explique cómo será la intervención con tu familiar”.

Gráfico 4. Función de dar a conocer el Centro Residencial

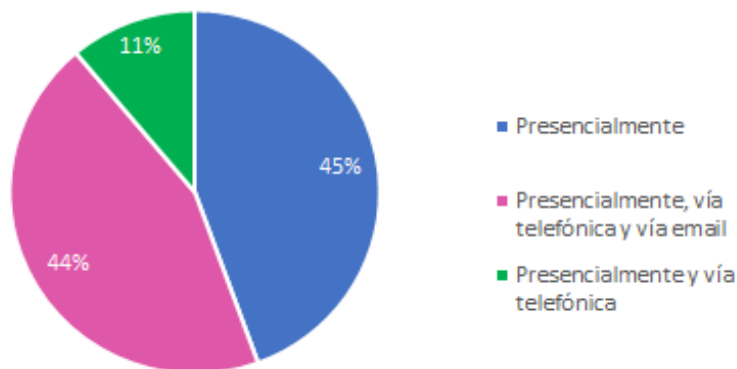


Fuente: Elaboración propia

A nivel personal, en muchas ocasiones se critica que dar a conocer el Centro Residencial no es una de las funciones propias del profesional de Trabajo Social, como se acaba de nombrar la mayoría dan a conocer a conocer el centro.

La tercera hipótesis expone que “El profesional mantiene el contacto con los familiares periódicamente e informa sobre la evolución psicosocial del residente”. En el siguiente gráfico 5 se observa que el 45% mantiene el contacto con los familiares de los residentes de forma presencial, el 44% de manera presencial, vía telefónica y vía email, y el 11% tanto presencialmente como por vía telefónica.

Gráfico 5. Contacto con los familiares del residente

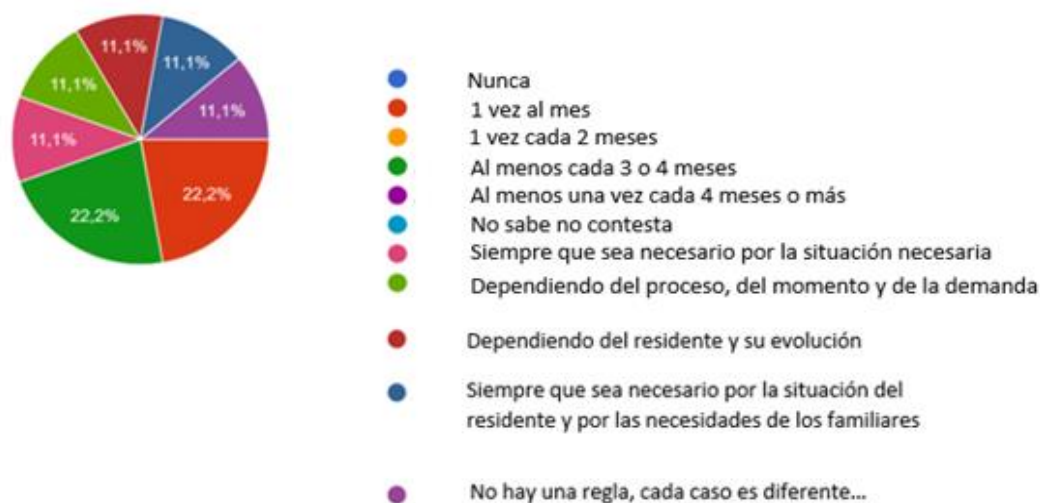


Fuente: Elaboración propia

Para informar a los familiares sobre la evolución psicosocial del residente en el siguiente gráfico 6, el 22,2% informa al menos una vez cada 3 o 4 meses, el 22,2% una vez al mes, el 11,1% especificando que “cada vez que hay un cambio significativo del estado de la persona”, el 11,1% manifiesta que “dependiendo del residente y de su evolución”, el 11,1% nombra que “siempre que sea necesario por la situación del residente y por las necesidades de los familiares”, el 11,1% refleja que “dependiendo del proceso, del momento y de la demanda”, y por último 11,1% expresa que:

“No hay una regla, cada caso es diferente. Hay familias que día sí, día también. También depende del proceso en el que estén (aumento de deterioro cognitivo, exitus próximo, adaptación, situaciones emocionales nocivas...), pero por protocolo interno está establecido que nos reunamos el equipo interdisciplinar con familias a los 15 días del ingreso más semestralmente, además debemos hacer al menos un seguimiento al mes del usuario”.

Gráfico 6. Información sobre la situación psicosocial del residente

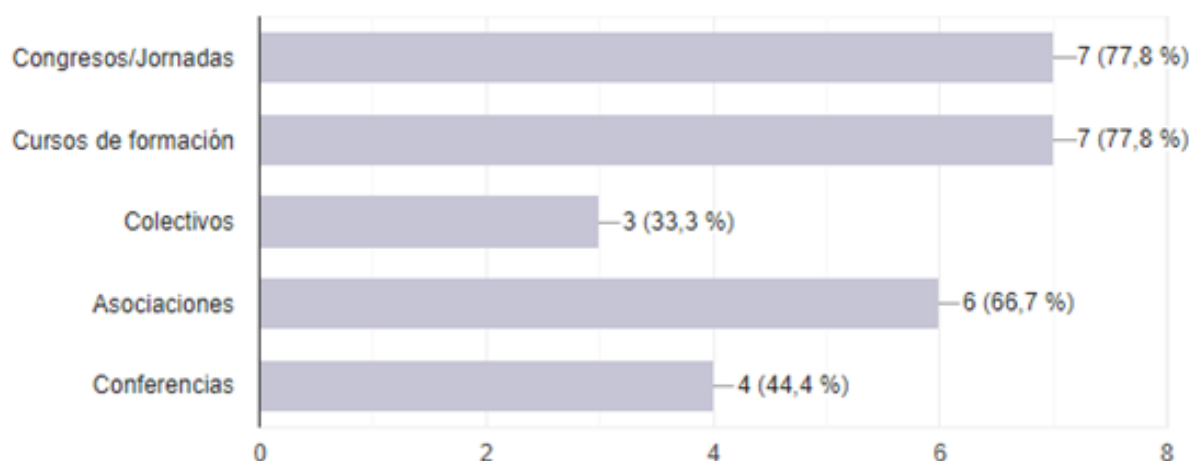


Fuente: Elaboración propia

A nivel familiar, se mantiene un contacto con la familia dependiendo de las necesidades y la situación en la que se encuentra el residente, del proceso, momento y demanda. Ya que la familia es el principal apoyo para el residente.

Cabe destacar otros resultados relevantes a reflexionar del cuestionario. En el gráfico 7 se observa el orden descendente de la actividad profesional en relación al ámbito de intervención, desde la asistencia a Congresos/Jornada, cursos de formación, asociaciones, conferencias hasta los colectivos. Es de gran relevancia asistir y participar en actividades profesionales para adquirir formación y conocimiento, y de esta forma llevar una mejor praxis profesional que mejore la intervención con los residentes de estos centros.

Gráfico 7. Actividad profesional relacionada con el ámbito de intervención



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 8, un 22,2% cree que se podrían mejorar y/o ampliar las funciones del profesional de Trabajo Social en un Centro Residencial, un 22,2% no sabe no contesta, un 11,1% especifica que “todo es mejorable, pero desarrolló una amplia variedad de funciones, que hacen muy dinámica la jornada laboral”, el 11,1% “las funciones del trabajador social en un centro residencial son muy amplias. En mi caso considero que todas mis funciones son adecuadas. Las funciones del TS dependen mucho del tipo de centro y entidad para la que se trabaja”, un 11,1% “considero que en la empresa donde trabajo realizo todas las funciones propias del papel de trabajadora social”, un 11,1% “siempre se puede mejorar. Ampliar más funciones inviables” y un 11,1% destaca que:

“Las funciones del trabajo social en una residencia dependen mucho de la Dirección del Centro. Con lo cual la pregunta tendría que ir referencia al Centro en concreto donde se trabaja y ser consciente de que el Convenio Colectivo al que estamos sujetos termina por decir que podemos hacer aquello para lo que la empresa nos solicite (que entre dentro de nuestras funciones). Pero esto último es muy amplio”.

Gráfico 8. Funciones para mejorar en el Trabajo Social Gerontológico



Fuente: Elaboración propia

Se concluye que muchas de los profesionales de Trabajo Social refieren que se debería desarrollar más tiempo de seguimiento, acompañamiento directo y colaborar en congresos profesionales. Desde nuestra perspectiva, estamos de acuerdo porque esto puede ser ocasionado por la falta de estos profesionales en los Centros Residenciales.

## **V. REFLEXIONES Y PROPUESTAS**

Tras haber realizado este trabajo, por una parte, hemos podido comprobar la realidad social en la que se encuentran las personas mayores en Aragón consecuencia del envejecimiento por un aumento de esperanza de vida, descenso de las tasas de fecundidad y natalidad, y mejora de la calidad de los servicios sanitarios y bienestar social. Es decir, la población envejecida ha ascendido desde 2014 hasta la actualidad.

Por otro lado, hemos conocido en profundidad el Trabajo Social Gerontológico dentro de los Centros Residenciales de personas mayores, concretamente en Zaragoza.

Al conocer la terminología de Trabajo Social Gerontológico hemos podido destacar que el proceso de envejecimiento en algunas ocasiones aumenta la probabilidad de tener consecuencias en la salud, incapacidad funcional, fragilidad, soledad, dependencia, e implica la pérdida de roles sociales y la falta de actividad laboral. Además, durante la etapa de la vejez se manifiestan prejuicios y opiniones que llevan consigo estereotipos tanto positivos como negativos.

Hoy en día la mayoría de las personas mayores experimentan sentimientos de soledad, cabe nombrar que cada persona los manifiesta de forma distinta. En ocasiones provoca una reacción negativa, la cual incrementa el aislamiento y la disminución de bienestar social, pero muchas veces se produce por la carencia de familiares o amistades, por factores sociales o simplemente porque sea una percepción que tienen.

Uno de los recursos más demandados son los Centros Residenciales de personas mayores. Estos son necesarios para poder garantizar una atención continuada, integral y de calidad a los residentes que por diferentes causas no pueden permanecer en su entorno habitual.

Por esta razón, se debe progresar en la atención recibida en los Centros Residenciales, no se puede volver a un modelo geriátrico asistencial donde no se tiene en cuenta a la persona, sus deseos y sus ganas de vivir. Es imprescindible seguir potenciando un modelo que lo haga, como es el Modelo Centrado en la Persona.

Este modelo, desde nuestro punto de vista, consideramos que se basa en intervenciones personalizadas e individualizadas, relacionadas con el acompañamiento en el desarrollo vital y fomentado de calidad de vida. Además, ofrece una imagen del centro más acogedora y similar a la de un hogar incitando a que sean los protagonistas de su propia vida en el centro.

Destacamos la importancia del profesional de Trabajo social en la adaptación del nuevo residente en el Centro Residencial. El ingreso al centro es un momento vital para establecer contacto social e iniciar una relación de confianza, por lo que es una etapa que hay que cuidar donde se destaca la importancia de las bases de nuestra intervención de forma que faciliten la adaptación a la nueva situación que conlleva una serie de cambios como el tipo de cuidados a ejercer, tanto de la persona mayor como de la familia.

Este profesional es fundamental que lleve a cabo el contacto familiar, ya que informa sobre la situación en la que se encuentra el residente a la familia, facilita y fomenta la relación entre familiares-residente y además interviene en los conflictos que se puedan dar.

Por ello, consideramos que el entorno familia del residente deben ser considerado como objeto de intervención y fuente de apoyo. En ocasiones, dependiendo de las personas, los familiares necesitan atención por parte del equipo multidisciplinar, y en otras son quienes tienen la capacidad de apoyo.



La conservación de los vínculos familiares y afectivos reduce la vulnerabilidad del residente frente a diferentes factores físicos y/o morales. La calidad de las relaciones sociales modifica la susceptibilidad a las patologías con un posible impacto positivo a nivel de longevidad.

Cabe nombrar que, al realizar búsqueda de información sobre la importancia del entorno familiar, nos encontramos con escasas investigaciones sobre este tema.

Desde nuestro punto de vista, las funciones de Trabajo Social dentro de un Centro Residencial son de gran importancia para el residente, familia y para el propio centro. Ya que realiza una valoración de la situación en la que se encuentra la persona, valoración de la demanda y elabora un plan de intervención según las necesidades y de los recursos existentes.

Todas estas reflexiones nos incitan a plantear una serie de propuestas relacionadas con el objeto de estudio:

1. Se sugiere una serie de protocolos de preingreso, ingreso y adaptación del nuevo residente en el Centro Residencial para una intervención de calidad. Esto implicaría suavizar y facilitar el cambio que se va a producir en las vidas de los nuevos residentes. Por ejemplo, si en los centros residenciales existen las jornadas de puertas abiertas, facilitar la posibilidad de una toma de contacto con el futuro centro. También, la oportunidad de que el futuro residente pueda participar en algunas actividades o programas concretos para relacionarse y de esta forma, cuando ingrese tenga una mejor adaptación y un aumento de sus relaciones interpersonales.
2. Se debería implantar en los Centros Residenciales el Modelo de Atención Centrado en la Persona ya que, en nuestra opinión, posibilita que la persona mayor se sienta activa y realizada en el proceso de intervención, donde los profesionales de Trabajo Social proporcionan protagonismo al usuario y así, mejorar la calidad en la atención. Así mismo, este modelo de intervención conlleva nuevas herramientas e instrumentos en el ámbito Gerontológico, por lo que dicho profesional debe formarse y adquirir conocimientos de todas las disciplinas relacionadas con Gerontología para desempeñar las funciones de forma eficaz y adecuada.
3. Desde nuestro punto de vista, se recomienda que los profesionales que trabajan en los Centros Residenciales adquieran conocimientos sobre la mediación, concretamente la familiar. Para el tratamiento y resolución de conflictos que se puedan dar entre familiar-residente, de esta manera llegar acuerdos mutuos entre las partes implicadas evitando el conflicto. El profesional de Trabajo Social es la persona más adecuada para diseñar el proceso de mediación teniendo en cuenta determinadas circunstancias y alternativas para mejorar la situación. A través de la mediación los resultados tienden a ser mucho más positivos y satisfactorios produciendo un aprendizaje en las partes.
4. Debido a las escasas investigaciones encontradas sobre la familia en relación con los Centros Residenciales, se recomienda potenciar la elaboración de más información sobre ello. Ya que el entorno familiar es uno de los roles más importantes y fundamentales para el residente. Por lo que también es relevante proponer nuevas intervenciones con la familia que decide el ingreso del residente en el centro.

5. Se invita a realizar políticas de intervención para reducir el impacto de actitudes e ideas edadistas insertadas en la sociedad a través de programas coordinados de investigación e intervención dirigidos a estos fines.

Por todo ello, recalcamos la importancia de los conocimientos adquiridos a través de algunas asignaturas realizadas del grado de Trabajo Social. Como Fundamentos del comportamiento humano; Sociología general; Conceptos, teorías y métodos de Trabajo Social; Antropología social y cultural; Métodos y técnicas de investigación en Trabajo Social; Salud, dependencia y vulnerabilidad social; Trabajo social con colectivos en situación de dependencia; y Trabajo social en el ámbito de la mediación.

En conclusión, tras realizar este trabajo hemos podido observar la realidad social en la que se encuentran las personas mayores, más concretamente en los Centros Residenciales y conocer en profundidad las funciones del profesional de Trabajo Social en estos centros.

Nuestro gran interés sobre el Trabajo Social Gerontológico nos encamina a seguir adquiriendo conocimientos, y la mejor manera de hacerlo es a través de una especialización en el Máster Universitario de Gerontología Social en la Universidad de Zaragoza.

## **VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Acera, M. (2015). *Características de la tercera edad: ¿Cómo son nuestros mayores?* . Obtenido de <https://www.deustosalud.com/blog/teleasistencia-dependencia/caracteristicas-tercera-edad>
- Acero, C., Aretio, A., Barriga, L., Bravo, J., Fernández, F., Gutiérrez, B., . . . Sedano, A. (2007). *Trabajo Social en Gerontología*. (M. Martín , Ed.) Madrid: SINTESIS.
- Agencia Estatal Boletín del Estado. (29 de Diciembre de 1978). La Constitución Española. Madrid, España. Obtenido de <https://www.boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (18 de Febrero de 1980). Orden de 18 de febrero de 1980 por la que se desarrolla el Real Decreto 107/1980 sobre cotización a la Seguridad Social durante 1980. Madrid, España. Obtenido de [https://www.boe.es/eli/es/o/1980/02/18/\(1\)/dof/spa/pdf](https://www.boe.es/eli/es/o/1980/02/18/(1)/dof/spa/pdf)
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (14 de Diciembre de 2006). Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Madrid, España. Obtenido de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
- Asamblea General. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Obtenido de [https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)
- Barandiaran, E. (2014). *Personas mayores, institucionalización y relaciones familiares: el caso de la residencia Santo Domingo (Estella)*. Obtenido de Trabajo de fin de grado de la Universidad pública de Navarra.: [https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/16683/68591\\_Barandiaran%20Lana%2C%20E.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/16683/68591_Barandiaran%20Lana%2C%20E.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
- Bárcena, C., Iglesia, J., Galán, M., & Abella, V. (2009). Dependencia y edadismo. Implicaciones para el cuidado. *Revista de Enfermería Castilla y León*, 1(1), 46-52.
- Bermejo, J. (2005). La soledad en los mayores. *ARS MEDICA. Revista de Estudios Médico Humanísticos*, 8(8), 139-158. Obtenido de [https://josecarlosbermejo.es/sites/default/files/ars\\_medica\\_-\\_la\\_soledad\\_de\\_los\\_mayores.pdf](https://josecarlosbermejo.es/sites/default/files/ars_medica_-_la_soledad_de_los_mayores.pdf)
- Boletín Oficial de Aragón. (10 de Junio de 1992). DECRETO 111/1992 de la Diputación General de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados. Aragón, España. Obtenido de <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=473489974439>
- Boletín Oficial de Aragón. (23 de Febrero de 2015). Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia,. *ORDEN por la que se establecen los costes de las plazas contratadas o concertadas y servicios cofinanciados y encomendados por el Instituto Aragonés de Servicios Sociales p*. Aragón, España. Obtenido de <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=845964960202>
- Boletín Oficial de Aragón. (17 de Abril de 2019). ORDEN CDS/456/2019 por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia de las personas y el acceso a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia de la Comunidad. Aragón, España. Obtenido de <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=1072452243333>

- Campo, S. (16 de 1 de 2019). *Heraldo de Aragón*. Obtenido de El Justicia de Aragón prepara un libro blanco sobre los mayores en soledad no elegida: <https://www.heraldo.es/noticias/aragon/2018/09/01/el-justicia-convoca-una-mesa-trabajo-sobre-incremento-personas-que-mueren-soledad-1264669-300.html>
- Carbajo, M. C. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*(24). Obtenido de <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos>
- Consejo General de Trabajo Social. (2012). *Código Deontológico de Trabajo Social*. Obtenido de <https://dtss.ua.es/es/documentos/practicas-externas/codigo-deontologico-de-la-profesion-de-diplomados-en-trabajo-social.pdf>
- De Ussel, J., López, J., Díaz, M., Alemán, C., Trinidad, A., & Castón, P. (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Analisis Cualitativo*. Obtenido de IMSERSO: [www.camfpozoblanco.es/InterPresent1/groups/imsero/.../binario/5006lasoledad.pdf](http://www.camfpozoblanco.es/InterPresent1/groups/imsero/.../binario/5006lasoledad.pdf)
- Del rincón, M. (2016). Transición demográfica y epidemiológica. *Universidad de Zaragoza*.
- Díez, J., & Morenos, M. (2015). *La soledad en España*. (Fundación ONCE, & Fundación AXA, Edits.) Madrid: Análisis Sociológicos, económicos y políticos S.A.
- Egea, C., & Sarabia, A. (2001). *Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad*. Obtenido de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/clasificacionesomsdiscapacidad.pdf>
- Fernández, R. (2004). *La psicología de la vejez*. Obtenido de [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680041/EM\\_16\\_2.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680041/EM_16_2.pdf?sequence=1)
- Filardo, C. (2012). Trabajo Social para la Tercera Edad. *Documentos de Trabajo Social*, 39, 204-219.
- Gallo, J., & Molina, J. (2015). Factores que inciden en la soledad residencial de las personas mayores que viven solas. *Revista Gerokomos*. Obtenido de [scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2015000100002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000100002)
- Giró, J. (2006). *Envejecimiento activo. Envejecimiento en positivo*,. Logroño, La Rioja: Servicio de publicaciones.
- Guerrini, M. E. (2010). La vejez. Su abordaje desde el Trabajo Social. *Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 2-10.
- Guillén, E. (1994). Vejez, pobreza y algunas alternativas a las residencias de ancianos ante la nueva situación social. *Cuadernos de Trabajo Social*(7).
- Instituto Aragonés de Servicios Sociales. (2019). *Residencias para mayores dependientes*. Obtenido de [http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/OOAA/IASS/Inicio/AreasActividad/Dependencia/ci.dependencia\\_seccion\\_05\\_atencion\\_residencial.detalleInaem](http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/OOAA/IASS/Inicio/AreasActividad/Dependencia/ci.dependencia_seccion_05_atencion_residencial.detalleInaem)
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2015). *Centro Residenciales*. Obtenido de [http://www.imsero.es/imsero\\_01/centros/centros\\_personas\\_mayores/centros\\_residenciales/index.htm](http://www.imsero.es/imsero_01/centros/centros_personas_mayores/centros_residenciales/index.htm)
- Llorente Gonzalez, J. M., Zúñiga Antón, M., Magallón, R., & Pueyo, Á. (2014). *El envejecimiento de la población en Aragón y su efecto en la salud mental: protocolo de especialización de datos sanitarios*. Obtenido de <http://www.agepoblacion.org/images/congresos/sevilla/DOC19.pdf>

- López, A. (2018). Atención Residencial. *Universidad de Zaragoza*.
- Luesia, F., & Morel, M. (2018). *Estrategia de atención y protección social para las personas mayores en Aragón*. Obtenido de [http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesServiciosSociales/Documentos/Estrategia\\_atencion\\_personas\\_mayores2.pdf](http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesServiciosSociales/Documentos/Estrategia_atencion_personas_mayores2.pdf)
- Marín, J. M. (2003). Envejecimiento. *Revista de Salud Publica Educ Salud*, 3(1), 28-33.
- Martínez, T. (2013). La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. *Revista de Ciencias Sociales*(41), 209-231.
- Matia Fundazioa. (2019). *Residencial Mayores*. Obtenido de Servicios: <http://www.matiafundazioa.net/es/servicios/residencial-mayores>
- Merino, M. (2014). *Centros Residenciales para Personas Mayores. Modelo de Atención Centrado en la Persona*. Obtenido de Trabajo de fin de grado. Universidad de Valladolid: [uvadoc.uva.es/bitstream/10324/7037/1/TFG-G636.pdf](http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/7037/1/TFG-G636.pdf)
- Molero, M. M., Pérez, M. C., Gázquez, J. J., & Sclavo, E. (2011). Apoyo familiar en mayores institucionalizados,. 1(1), 31-43.
- Moreno, M. (2010). La cuarta edad. Perfil conceptual de la vejez avanzada. *Psicología Social «Poiésis»*(20), 3-7.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Obtenido de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=10E12ADA713EB67F55DD314F2B9499D2?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=10E12ADA713EB67F55DD314F2B9499D2?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Las actitudes negativas acerca del envejecimiento y la discriminación contra las personas mayores pueden afectar a su salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/detail/29-09-2016-discrimination-and-negative-attitudes-about-ageing-are-bad-for-your-health>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Envejecimiento y Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Pérez, J. (2001). *Envejecimiento demográfico y políticas públicas para Adultos Mayores. México en Iberoamérica ante el nuevo siglo: ¿cómo ha mejorado tanto la vejez en España?* Obtenido de [https://ddd.uab.cat/pub/worpaper/2001/201461/papersdemografia\\_a2001n196.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/worpaper/2001/201461/papersdemografia_a2001n196.pdf)
- Piña, M. (20013). *Gerontología social aplicada. Visiones Estratégicas para el Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio.
- Pinel, M., Rubio, L., & Rubio, R. (s.f.). *Un instrumento de medición de soledad social: Escala Este II*. Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf>
- Real Academia Española. (2018). *Soledad*. Obtenido de <https://dle.rae.es/?id=YGkk3NL>
- Reyes, I., & Castillo, J. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana de Investigación biomédicas*, 30(3), 354-359.
- Rodríguez, M. (2000). La soledad de las personas mayores. *Universidad Pontificia de Salamanca*, 21, 57-68.

- Rubio, R. (2009). *La soledad en los mayores. Una alternativa de medición a través de la escala Este*.  
Obtenido de Universidad de Granada:  
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>
- Salud, M. (Noviembre de 2018). *Foro Internacional sobre la soledad, la salud y los cuidados*. Obtenido de  
[https://forosoledad.com/wp-content/uploads/2019/01/Conclusiones\\_Foro-Internacional-sobre-la-Soledad-la-Salud-y-los-Cuidados.pdf](https://forosoledad.com/wp-content/uploads/2019/01/Conclusiones_Foro-Internacional-sobre-la-Soledad-la-Salud-y-los-Cuidados.pdf)
- Smith, V., Moreno, M., Kirschman, D., Acuña, M., & Viquez, S. (2010). *Discriminación social, consecuencias psicológicas y estrategias de afrontamiento en miembros de grupos sociales estigmatizados*.  
Obtenido de  
<http://iip.ucr.ac.cr/sites/default/files/contenido/Discriminacion%20Social%20%282010%29.pdf>
- Torres, A., Beltrán, F. J., Lin, D., Barrientos, M., & Monje, D. (2012). La soledad ¿Un mal de nuestro tiempo?  
*Medicina, Salud y Sociedad*, 1-25.
- Yanguas, J. J., Cilveti, A., Hernández, S., Pinazo, S., Roig, S., & Segura, C. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *Revista de servicios sociales*, 61-75.

## **VIII. ANEXOS**

### **ANEXO 1. CARTA DE PRESENTACIÓN**

Estimado/a profesional de Trabajo Social:

Somos dos estudiantes del grado de Trabajo Social, y estamos realizando nuestro Trabajo de Fin de Grado que trata sobre la investigación de las funciones del profesional de Trabajo Social en los Centros Residenciales de personas mayores con el fin de conocer más sus funciones y llevar a cabo una investigación de estas.

Nos gustaría poder contar con su colaboración a través de un cuestionario contestando a una serie de preguntas breves y concretas. Garantizamos el anonimato tanto de la entidad como del profesional.

Esto nos ayudará a elaborar un mejor análisis de las funciones, así como las posibles propuestas de mejora en relación con el tema para nuestro trabajo.

Recuerde que siempre que se manifieste podrá conocer las respuestas globales y anónimas, se puede seleccionar al final de la encuesta.

¡Muchas gracias!

Un cordial saludo.

Igual Rabanete, Sandra

Sanz Pisa, Patricia

Estudiantes del Grado de Trabajo Social

Universidad de Zaragoza, Facultad de las Ciencias Sociales y del Trabajo

## ANEXO 2. CUESTIONARIO

# Funciones del profesional de Trabajo Social en Centros Residenciales de personas mayores

### \*Obligatorio

1. Sexo \*

Mujer

Hombre

Prefiero no decirlo

Otro:

2. ¿Siempre ha trabajado como profesional de Trabajo Social? \*

Si

No

Es mi primer trabajo

No sabe no contesta

Otro:

3. ¿Anteriormente, ha trabajado en alguna entidad/institución relacionada con las personas mayores? \*

Sí

No

No sabe no contesta

4. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este centro residencial? \*

Menos de 1 año

Entre 1 y 3 años

Entre 4 años y 6 años

7 años o más

No sabe no contesta

Otro:

5. ¿Cuál es su jornada laboral? \*

Jornada completa

Media jornada

Horas determinadas

No sabe no contesta

Otro:

### Atendiendo a la práctica profesional

6. ¿Qué tipo de instrumento usa para obtener información? \*

Historia Social

Informe Social



Ficha Social

Otros

No sabe no contesta

7. ¿Lleva a cabo la gestión de solicitudes y la lista de espera del ingreso de los residentes? \*

Sí

No

No sabe no contesta

8. ¿Usa algún modelo/os para realiza intervención social? \*

Si

No

No sabe no contesta

En caso afirmativo, ¿Qué modelo/os utiliza?

Tu respuesta

9. ¿Anualmente elabora una memoria para posteriormente hacer un balance? \*

Sí

No

No sabe no contesta

Otro:

10. ¿Colabora y/o participa en actividades profesionales en relación con el ámbito de intervención? \*

Congresos/Jornadas

Cursos de formación

Colectivos

Asociaciones

Conferencias

Otro:

### Intervención a nivel institucional

11. ¿Se coordina con el equipo interprofesional del Centro Residencial de personas mayores? \*

Si

No

No sabe no contesta

Otro:

11. b En caso afirmativo, ¿aproximadamente cada cuánto tiempo tiene reuniones de coordinación?

Todas las semanas

Dos veces al mes

Una vez al mes

Una vez cada dos meses o más

No sabe no contesta

Otro:

#### Intervención a nivel comunitario

12. ¿Existe coordinación con entidades y/o instituciones externas? \*

Sí

No

No sabe no contesta

Otro:

13. ¿Promueve la integración del residente en recursos comunitarios para aumentar la participación? \*

Si

No

No sabe no contesta

#### Intervención a nivel individual/familiar

14. ¿Realiza un seguimiento de adaptación cuando ingresa un nuevo residente? \*

Si

No

No sabe no contesta

Otro:

15. ¿Cómo mantiene el contacto con los familiares de los residentes? \*

Presencialmente

Vía telefónica/ correo o similar

No sabe no contesta

Otro:

16. ¿Cada cuánto se reúne con los familiares para informar sobre la evolución psicosocial del residente? \*

Nunca

Una vez al mes

Una vez cada dos meses

Al menos una vez cada 3 o 4 meses

Al menos una vez cada 4 meses o más

No sabe no contesta

Otro:

17. ¿Interviene en programas y/o proyectos de intervención dirigidos a las familias? \*

Sí

No

No existen

No sabe no contesta

Otro:

### Intervención a nivel grupal

18. ¿Participa en actividades profesionales para mantener y aumentar las relaciones sociales de los residentes? \*

Nunca

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Siempre

19. ¿Planifica y organiza Programas de Voluntariado y autoayuda como soporte a los residentes y complementario a la acción familiar? \*

Sí

No

No sabe no contesta

Otro:

20. ¿Realiza acompañamientos en el proceso de duelo de los residentes-familiares, dando el soporte adecuado en cada caso e inicia todos los trámites burocráticos para proceder a su traslado? \*

Si

No

No sabe no contesta

Otro:

### A nivel personal

21. En alguna ocasión, ¿ha tenido que dar a conocer el Centro Residencial? \*

Si

No

No sabe no contesta

21. b ¿Dicha acción considera que es una de las funciones propias del profesional de Trabajo Social en un Centro Residencial? \*

Sí

No

No sabe no contesta

22. Finalmente, ¿cree que se podrían mejorar y/o ampliar las funciones del profesional de Trabajo Social en un Centro Residencial? \*

Si

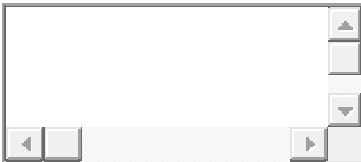
No

No sabe no contesta

Otro:

22. b En caso afirmativo, ¿qué funciones destacarías?

Tu respuesta



23. De forma voluntaria, ¿quiere que se refleje su participación en nuestro trabajo?

Como Entidad

Como Profesional

Ambas

Ninguna

No sabe no contesta

Otro:

24. ¿Desea conocer los resultados globales y anónimos del cuestionario?

Si

No

No sabe no contesta

Otro:

### ANEXO 3. ESCALA DE SOLEDAD ESTE I

Obtenido de (Rubio, 2009) *La soledad en los mayores. Una alternativa de medición a través de la escala Este*. Obtenido de Universidad de Granada.

La escala ESTE I fue diseñada para medir la soledad en personas mayores. Este instrumento ha sido planteado para evaluar principalmente los déficits existentes en el soporte social del sujeto (tanto familiar, conyugal como social), así como en el sentimiento que estas situaciones pueden provocar (crisis existencial).

Los ítems que componen el instrumento proceden de escalas objetivas y de probada eficacia tales como la UCLA, la ESLI, la SELSA y la escala de Satisfacción Vital de Philadelphia y fueron seleccionados en base a su capacidad para explicar la varianza de una serie de indicadores subjetivos de soledad como son la autopercepción del nivel de soledad, la percepción del nivel de apoyo social recibido y el nivel de satisfacción con los contactos sociales.

Esta escala consta de 34 ítems de tipo Likert con 5 opciones de respuesta, cuya puntuación oscila entre 1 y 5 (1=Totalmente en desacuerdo, 2=Parcialmente en desacuerdo, 3=No tiene una opinión definida o depende de las circunstancias, 4=Parcialmente de acuerdo, 5=Totalmente de acuerdo). Los ítems de la escala abarcan diferentes aspectos del concepto de soledad, como la tenencia de amigos, los sentimientos de pertenencia a la familia o de amor por el cónyuge. El análisis de los ítems muestra que existe una alta fiabilidad medida por el coeficiente alfa de Cronbach (0.9178). Los ítems de la escala se agrupan en cuatro factores que se muestran en la Tabla 1.

**Tabla 1: Ítems que corresponden a cada factor de la escala**

FACTORES	ITEMS
Soledad Familiar	Ítem 1, 2, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21 y 28
Soledad Conyugal	Ítem 3, 4, 5, 6 y 7
Soledad Social	Ítems 15, 16, 18, 22, 23, 24 y 25
Crisis existencial	Ítems 14, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33 y 34

#### REVISIÓN 2010, ESTE-R

Durante administraciones anteriores de la escala, se observaron problemas debidos a una ambigua comprensión de algunos ítems o a interpretaciones erróneas de estos que provocaban una puntuación errónea de los mismos. Por ello, se modificaron aquellos ítems con más probabilidades de generar errores durante la administración, para evitar en la medida de lo posible que las puntuaciones obtenidas por los sujetos de la muestra reflejaran estos errores en lugar de diferencias individuales entre ellos, también se realizó un cambio en las afirmaciones de la escala de puntuación, en lugar de preguntar si están de acuerdo o no con la afirmación del ítem, se pregunta por la frecuencia, de manera que ahora las opciones de respuesta son: 1=Nunca, 2=Rara vez, 3=Alguna vez, 4=A menudo y 5=Siempre.

Tabla 2: Escala ESTE-R en su versión final revisada

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Siempre
1. Me siento solo					
2. ¿Con que frecuencia siente que no hay nadie cerca de usted?					
3. ¿Siente que tiene a alguien que quiere compartir su vida usted?					
4. Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito					
5. Siento que estoy enamorado de alguien que me ama					
6. Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales					
7. Contribuyo a que mi pareja sea feliz					
8. Me siento solo cuando estoy con mi familia					
9. Mi familia se preocupa por mí					
10. Siento que en mi familia no hay nadie que me preste su apoyo aunque me gustaría que lo hubiera					
11. Realmente me preocupo por mi familia					
12. Siento que pertenezco a mi familia					
13. Me siento cercano a mi familia					
14. Lo que es importante para mí no parece importante para la gente que conozco					
15. No tengo amigos que compartan mis opiniones aunque me gustaría tenerlos					
16. Siento que mis amigos entienden mis intenciones y opiniones					
17. Me encuentro a gusto con la gente					
18. Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejo					
19. Me siento aislado					
20. ¿Con qué frecuencia sientes que hay gente que realmente te comprende?					
21. Siento que mi familia es importante para mí					
22. Me gusta la gente con la que salgo					
23. Puedo contar con mis amigos si necesito recibir ayuda					
24. Me siento satisfecho con los amigos que tengo					
25. Tengo amigos con los que comparto mis opiniones					
26. Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie					

27. Me siento sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas					
28. Siento que soy importante para la gente					
29. Siento que no soy popular					
30. Siento que a medida que me voy haciendo mayor se ponen las cosas peor para mí					
31. Siento que las cosas pequeñas me molestan ahora más que antes					
32. Siento que conforme me voy haciendo mayor, soy menos útil					
33. A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida					
34. Tengo miedo de muchas cosas					

Tabla 3: Normas de corrección de la escala ESTE-R

Factor	Ítems	Puntuación
<b>Soledad Familiar</b>	1, 2, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 28	
<b>Soledad Conyugal</b>	3, 4, 5, 6, 7	
<b>Soledad Social</b>	15, 16, 18, 22, 23, 24, 25	
<b>Crisis existencial</b>	14, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34	

Tabla 4: Puntos de corte para evaluar el grado de soledad en cada factor

	Soledad Familiar	Soledad Conyugal	Soledad Social	Crisis existencial
<b>Baja</b>	14 a 32	5 a 11	7 a 16	9 a 20
<b>Media</b>	33 a 51	12 a 18	17 a 26	21 a 33
<b>Alta</b>	52 a 70	19 a 25	27 a 35	36 a 45